

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA



**VINCULAÇÃO PRÉ-NATAL E ORGANIZAÇÃO PSICOLÓGICA DO HOMEM E
DA MULHER DURANTE A GRAVIDEZ: RELAÇÃO COM O TIPO DE PARTO E
COM A PATOLOGIA OBSTÉTRICA DOS II E III TRIMESTRES DE GESTAÇÃO**

Ana Paula Forte Camarneiro

DOUTORAMENTO EM PSICOLOGIA

Especialidade de Psicologia Clínica

2011

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA



**VINCULAÇÃO PRÉ-NATAL E ORGANIZAÇÃO PSICOLÓGICA DO HOMEM E
DA MULHER DURANTE A GRAVIDEZ: RELAÇÃO COM O TIPO DE PARTO E
COM A PATOLOGIA OBSTÉTRICA DOS II E III TRIMESTRES DE GESTAÇÃO**

Ana Paula Forte Camarneiro

Tese orientada pelo Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo

DOUTORAMENTO EM PSICOLOGIA

Especialidade de Psicologia Clínica

2011

Esta investigação foi apoiada pelo Programa de Apoio à Formação Avançada de Docentes do Ensino Superior Politécnico (PROTEC) 2009, concedido pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, com a referência SFRH/PROTEC/49389/2009.

Aos meus filhos Carolina e Gonçalo

Ao Paulo

“Há muito mais continuidade entre a vida intra-uterina e a primeira infância do que a impressionante cesura do acto de nascimento nos deixaria pensar”

(Freud, 1926)

Agradecimentos

Ao terminar esta Tese, resta-me manifestar os meus agradecimentos a todos aqueles que, de diferentes formas, contribuíram para a sua concretização.

Agradeço ao meu Orientador Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo pela sua disponibilidade, dedicação, saber, transmissão de conhecimentos e contínuo incentivo ao longo deste percurso. Desde a sua génese, durante o Curso de Formação Avançada, na elaboração da candidatura à Bolsa de Investigação (PROTEC) e em todos os momentos de discussão e reflexão, a sua orientação e apoio foram inestimáveis.

Os meus agradecimentos ao Professor Jonh Condon pela cedência para adaptação da escala central do estudo, a Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale, e a todos os Professores que amavelmente me facilitaram a utilização de medidas psicométricas da sua autoria ou por si adaptadas.

Agradeço à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra os apoios prestados e o ter sido Instituição de acolhimento do programa PROTEC 2009.

Às instituições que colaboraram neste estudo, agradeço e manifesto o meu reconhecimento pela disponibilidade com que me receberam e permitiram a sua realização.

Aos casais que aceitaram participar nesta investigação, agradeço a generosidade com que preencheram os questionários sempre que foram solicitados respondendo a questões tão pessoais num período sensível das suas vidas. A eles, o meu muito obrigada.

À Enfermeira Olinda Oliveira expresse a minha gratidão pela sua amizade num momento crucial da investigação.

A todas as enfermeiras que colaboraram comigo na investigação, em particular às Enfermeiras Ana Abreu, Isabel Precatado e Teresa Viseu pela paciência com que me acolheram diariamente, durante longo tempo, nos seus serviços.

Um agradecimento especial às colegas que me ajudaram a trilhar caminhos em alguns Centros de Saúde da Região Centro.

Aos colegas que comigo partilharam reflexões e saberes, estou muito reconhecida, assim como a todos aqueles que de alguma forma colaboraram na concretização deste projecto.

Aos meus amigos, pelo apoio e estímulo dado em todos os momentos.

Finalmente, à minha família, agradeço o incentivo, a compreensão e a tolerância que tiveram para comigo ao longo deste trabalho.

Resumo

A vinculação pré-natal (VPN) é a representação da vinculação dos pais ao feto. Está ligada a variáveis psicossociais que influenciam a saúde da gravidez e o resultado do parto.

Foram objectivos desta investigação: estudar a articulação entre a VPN e as variáveis psicológicas que influenciam o resultado do parto e a ocorrência de patologia obstétrica; comparar as variáveis psicológicas dentro do casal e entre homens e mulheres na gravidez e depois do nascimento; identificar a influência das variáveis psicológicas das grávidas sobre a patologia obstétrica e no resultado do parto; averiguar o efeito do resultado do parto e da patologia obstétrica sobre a vinculação pós-natal.

Realizaram-se três estudos quantitativos do tipo longitudinal (no segundo trimestre de gravidez, imediatamente após o parto e 8 a 12 meses depois do parto). A amostra inicial constituiu-se com 407 casais. Nos primeiro e terceiro estudos, foram aplicadas as seguintes escalas: EVPNMP (Escala de vinculação Pré-natal Materna e Paterna), EAGM (Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade), EASAVIC (Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal), IRP (Inventário de Resolução de Problemas), DASS-42 (Depression, Anxiety and Stress Scale), PSS (Perceived Stress Scale), adaptação ao contexto profissional e BSI (Brief Symptoms Inventory).

Os resultados indicaram que a VPN é influenciada pelas variáveis psicológicas, pela idade e pelo planeamento da gravidez. A VPN materna e as características sociodemográficas não influenciam a ocorrência de patologia obstétrica, tipo de parto, idade gestacional e saúde do recém-nascido. A sensibilidade interpessoal materna e o coping pedido de ajuda influenciam a ocorrência de patologia obstétrica.

Após o nascimento, os níveis de vinculação ao bebé mantêm-se nas mulheres e aumentam nos homens; o stress e os sintomas psicopatológicos são mais elevados nas mulheres; a satisfação conjugal decresce no casal e aumentam os valores da ideação paranóide e do controlo interno/externo dos problemas; as variáveis psicológicas, sociodemográficas e clínicas não comprometem a vinculação pós-natal.

Concluiu-se que a VPN é sensível a variáveis psicológicas, idade e planeamento da gravidez mas não influencia a patologia obstétrica nem o resultado do parto. Após o nascimento, a vinculação paterna aumenta; a satisfação conjugal diminui e há mais risco psicológico nas mulheres. Estes são períodos críticos para os casais.

Palavras-chave: Vinculação pré-natal materna e paterna; organização psicológica na gravidez; satisfação conjugal; patologia obstétrica; resultado do parto; vinculação pós-natal.

Abstract

Prenatal attachment is the representation of parents' attachment to their fetus. It is connected to psychosocial variables which influence health in pregnancy and delivery outcomes.

This research aimed: to understand the link between prenatal attachment and the psychological variables which influence delivery outcomes and the occurrence of obstetrical pathology; to compare the psychological variables within the couples, and between men and women, during pregnancy and after birth; to identify the influence of pregnant women's psychological variables upon the occurrence of an obstetric disease and on delivery outcomes; to analyze the impact of delivery outcomes and obstetric disease on postnatal attachment.

Three quantitative longitudinal studies were carried out (during the second pregnancy trimester, immediately after delivery and 8-12 months after delivery). The initial sample was composed by 407 couples. In the first and third studies, the following scales were applied: EVPNMP (Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale), EAGM (Pregnancy and Maternity Attitudes Scale), EASAVIC (Marital Satisfaction Assessment Scale), IRP (Problems Resolution Inventory), DASS-42 (Depression, Anxiety and Stress Scale), PSS (Perceived Stress Scale) for laboral context, and BSI (Brief Symptoms Inventory).

Results showed that prenatal attachment is influenced by psychological variables, by age, and by pregnancy planning. Maternal prenatal attachment and socio-demographic characteristics do not influence the occurrence of an obstetrical pathology, the type of delivery, the gestational age and the newborn's health. The maternal interpersonal sensitivity and the use of help-seeking coping strategies do influence the occurrence of obstetrical pathology.

After delivery, it was observed that: women remain equally attached and men become more attached to the baby; women show increases in stress and in psychopathological symptoms; the couple is less satisfied with their married life; the levels of paranoid ideation and internal/external control coping increase; and that psychological, sociodemographic and clinical variables do not compromise postnatal attachment.

It was concluded that prenatal attachment is sensitive to psychological variables, age and pregnancy planning, but it does not influence obstetrical pathology or delivery outcomes. After birth, paternal attachment increases; marital satisfaction decreases and there is a higher psychological risk for women. These are critical periods for couples.

Keywords: Maternal and paternal prenatal attachment; psychological organization during pregnancy; marital satisfaction; obstetrical pathology; delivery outcomes; postnatal attachment.

Índice

Introdução	29
PRIMEIRA PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
Capítulo I. Experiência psicológica na gravidez e transição para a parentalidade	37
1. A mulher durante a gravidez e na transição para a maternidade	39
1.1. Breve perspectiva temporal da gravidez e da maternidade	40
1.2. O desejo de ter filhos	42
1.3. Desenvolvimento psicológico da mulher durante a gravidez	44
1.3.1. Transformações da identidade	49
1.4. Manifestações psicofisiológicas da gravidez	51
1.5. Representação psíquica do feto	56
1.6. O nascimento psíquico do bebê	61
1.7. A transição para a maternidade	67
2. O homem durante a gravidez e na transição para a paternidade	73
2.1. Emergência de uma nova perspectiva de paternidade	74
2.2. Desenvolvimento psicológico do homem durante a gravidez	78
2.2.1. A construção do lugar do pai	80
2.3. Envolvimento paterno durante a gravidez	82
2.4. Manifestações psicossomáticas	85
2.5. A transição para a paternidade	89
3. O casal, a parentalidade e a adaptação conjugal	93
3.1. A adaptação conjugal na transição para a parentalidade	95
3.2. Adaptação parental no primeiro ano pós-natal	100
3.3. A comunicação entre o bebê e os pais	102
Capítulo II. Perturbações psicológicas da gravidez e do puerpério	107
1. Psicopatologia da gravidez	109
1.1. Perturbações do humor	111
1.1.1. Ansiedade	111
1.1.2. Depressão	114

1.1.3. Stress	122
1.2. Perturbações da personalidade	125
2. Alterações psicológicas e complicações obstétricas frequentes	126
2.1. O parto pré-termo	130
2.2. Os recém-nascidos pequenos para a idade gestacional	141
3. Psicopatologia do puerpério	144
3.1. Blues pós-parto	146
3.2. Psicose puerperal	148
3.3. Depressão pós-parto	151
Capítulo III. Representação da vinculação pré-natal: articulação com a experiência psicológica da gravidez e da parentalidade	157
1. Vinculação, conceito e desenvolvimento da teoria	159
1.1. O conceito psicológico de vinculação	161
1.2. Desenvolvimento da teoria da vinculação	165
1.3. Dissidências e convergências entre a teoria da vinculação e a psicanálise	169
2. A vinculação pré-natal materna e paterna	172
2.1. Construção do conceito	174
2.2. Investigação e psicomетria	183
2.2.1. Maternal-Fetal Attachment Scale	184
2.2.2. Prenatal Maternal Attachment Scale	185
2.2.3. Prenatal Attachment Inventory	186
2.2.4. Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale	188
2.2.5. Escala para la Evaluación de la Vinculación Afectiva e la Adaptación Prenatal	189
2.3. Determinantes da vinculação pré-natal materna e paterna	190
2.3.1. Variáveis sociodemográficas	191
2.3.2. Variáveis ginecológicas e obstétricas	193
2.3.3. Qualidade das relações interpessoais	198
2.3.4. Variáveis intrapessoais	201
2.3.5. Boas práticas de saúde	209
3. Vinculação pré-natal e pós-natal: estudos longitudinais	213
4. Críticas ao constructo	220

SEGUNDA PARTE - CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo IV. Problema de investigação, objectivos e hipóteses	225
1. Problema de investigação	227
2. Objectivos gerais e específicos	231
3. Hipóteses	233
3.1. Primeiro estudo – A vinculação pré-natal em articulação com as variáveis psicológicas sociodemográficas e clínicas durante a gravidez	233
3.2. Segundo estudo - Influência das características psicológicas e sociodemográficas na patologia da gravidez e no resultado do parto	235
3.3. Terceiro estudo - Comparação das variáveis psicológicas pré e pós-natais e estudo da influência das variáveis obstétricas na vinculação pós-natal	236
Capítulo V. Metodologia	239
1. Delineamento da investigação em três estudos	241
2. Critérios de amostragem e de recolha da amostra	243
3. Instrumentos de recolha de dados	248
3.1. Selecção e organização	248
3.2. Descrição dos instrumentos de pesquisa e das características psicométricas das escalas utilizadas em cada estudo	250
3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico – QSDC	252
3.2.2. Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade – EAGM	254
3.2.2.1. Características psicométricas da EAGM no primeiro estudo	256
3.2.3. Perceived Stress Scale – PSS-14, adaptação ao contexto Profissional	258
3.2.3.1. Características psicométricas da PSS-14 adaptada ao contexto profissional, no primeiro estudo	259
3.2.3.2. Características psicométricas da PSS adaptada ao contexto profissional, no terceiro estudo	261
3.2.4. Depression, Anxiety and Stress Scale – DASS-42	262
3.2.4.1. Características psicométricas da DASS-42 no primeiro estudo	263
3.2.4.2. Características psicométricas da DASS-42 no terceiro estudo	266
3.2.5. Brief Symptoms Inventory – BSI	268

3.2.5.1. Características psicométricas do BSI no primeiro estudo	271
3.2.5.2. Características psicométricas do BSI no terceiro estudo	273
3.2.6. Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal – EASAVIC	276
3.2.6.1. Características psicométricas da EASAVIC no primeiro estudo	277
3.2.6.2. Características psicométricas da EASAVIC no terceiro estudo	279
3.2.7. Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale – MPAAS	281
3.2.7.1. Versão Portuguesa, a EVPNM e a EVPNP	285
3.2.7.2. Características psicométricas da EVPNM e da EVPNP na amostra em estudo	286
3.2.8. Escala de Vinculação Pós-Natal Materna (EVPósNM) e Paterna (EVPósNP): adaptação da EVPNM e da EVPNP ao período pós-natal	290
3.2.9. Inventário de Resolução de Problemas –IRP	293
3.2.9.1. Características psicométricas do IRP no primeiro estudo	294
3.2.9.2. Características psicométricas do IRP no terceiro estudo	298
3.2.10. Questionário de Saúde Obstétrica e Resultado do Parto – QSORP	300
4. Questões éticas	300
Capítulo VI. Apresentação e análise dos resultados	301
1. Caracterização da amostra nos três estudos	303
1.1. Caracterização sociodemográfica da amostra	303
1.2. Caracterização clínica da amostra - primeiro estudo	305
1.2.1. Situação obstétrica da mulher no momento da entrevista	305
1.2.2. História ginecológica e obstétrica da mulher	306
1.2.3. História da maternidade e da paternidade em casamentos/coabitações anteriores	308
1.2.4. Caracterização da gravidez actual na mulher e no homem	309
1.3. Caracterização clínica da amostra nos II e III trimestres de gravidez e no resultado do parto - segundo estudo	310
1.3.1. Caracterização clínica dos II e III trimestres de gravidez	310
1.3.2. Características do parto e saúde do bebé no momento do nascimento	311
1.4. Caracterização da sub-amostra do terceiro estudo	312
1.4.1. Características sociodemográficas	312

1.4.2. Características clínicas durante a gravidez	314
1.4.3. Caracterização clínica dos II e III trimestres de gravidez	315
1.4.4. Características do parto e da saúde do bebê no momento do nascimento	315
1.5. Síntese dos resultados sociodemográficos e clínicos da amostra nos estudos	316
2. Testes de hipóteses	320
2.1. Primeiro estudo – A vinculação pré-natal em articulação com as variáveis psicológicas, sociodemográficas e clínicas durante a gravidez	321
2.2. Segundo estudo - Influência das características psicológicas e sociodemográficas na patologia obstétrica e resultado do parto	390
2.3. Terceiro estudo - Comparação das variáveis psicológicas pré e pós-natais e influência das variáveis obstétricas no período pós-natal	405
Capítulo VII. Discussão dos resultados	425
1. Discussão dos resultados obtidos nos estudos realizados	427
1.1. Primeiro estudo - A vinculação pré-natal em articulação com as variáveis psicológicas, sociodemográficas e clínicas durante a gravidez	428
1.2. Segundo estudo - Influência das características psicológicas e sociodemográficas na patologia obstétrica e no resultado do parto	475
1.3. Terceiro estudo - Comparação das variáveis psicológicas pré e pós-natais e influência das variáveis obstétricas no período pós-natal	482
2. Limitações dos estudos	494
3. Estudos a realizar no futuro	495
Conclusões	497
Bibliografia	513
Apêndices	550
Apêndice 1 - Material construído	551
Apêndice 2 - Características psicométricas das escalas	574
Apêndice 3 - Resultados descritivos de caracterização da amostra	636
Apêndice 4 - Testes de hipóteses	656

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo de vinculação proposto por Mary Muller	178
Figura 2. Modelo hierárquico da vinculação parental	179
Figura 3. Modelo conceptual da investigação	230
Figura 4. Padrões de vinculação pré-natais maternos e paternos obtidos a partir do cruzamento das dimensões da Escala de Vinculação Pré-Natal	283

Índice de Quadros

	Pág.
Quadro 1. Itens considerados nas subescalas da EAGM e alfa de Cronbach, na versão original e no estudo actual	257
Quadro 2. Medidas descritivas e teste de normalidade observadas nas sub-escalas da EAGM	258
Quadro 3. Medidas descritivas e teste de normalidade observadas na PSS, adaptação ao contexto profissional, em mulheres e homens, no primeiro estudo	261
Quadro 4. Medidas descritivas e teste de normalidade observadas na PSS, adaptação ao contexto profissional, em mulheres e homens, no terceiro estudo	262
Quadro 5. Médias, desvios-padrão, máximos, mínimos e medianas da DASS-42	263
Quadro 6. Medidas descritivas e teste de normalidade observadas na DASS-42 e suas dimensões, em mulheres e homens, no primeiro estudo	264
Quadro 7. Valores normativos da DASS-42	265
Quadro 8. Medidas descritivas e teste de normalidade observadas na DASS-42 e suas dimensões, em mulheres e homens, no terceiro estudo	267
Quadro 9. Estatística descritiva para as pontuações do BSI	270
Quadro 10. Alfa de Cronbach das dimensões do BSI, em mulheres e em homens, no primeiro estudo e na versão portuguesa	271
Quadro 11. Medidas descritivas e teste de normalidade observadas no BSI e suas dimensões, em mulheres e homens (n = 380), no primeiro estudo	272
Quadro 12. Medidas descritivas e teste de normalidade observadas no BSI e suas dimensões, em mulheres e homens (n = 67), no terceiro estudo	274
Quadro 13. Medidas descritivas e teste de normalidade observadas na EASAVIC e suas dimensões, em mulheres e homens, no primeiro estudo	278
Quadro 14. Medidas descritivas e teste de normalidade observadas na EASAVIC e suas dimensões, em mulheres e homens, no terceiro estudo	280
Quadro 15. Medidas descritivas em valor percentual e teste de normalidade observadas na EVPN materna e paterna e nas suas dimensões	289
Quadro 16. Medidas descritivas em valor percentual e teste de normalidade observadas na EVPósN Materna e Paterna e suas dimensões (n = 67)	292
Quadro 17. Medidas descritivas e teste de normalidade observadas no IRP e suas dimensões, em mulheres e homens, no primeiro estudo	296
Quadro 18. Medidas descritivas e teste de normalidade observadas no IRP e suas dimensões, em mulheres e homens, no terceiro estudo	299
Quadro 19. Correlações de Pearson entre as variáveis psicológicas e suas dimensões, da amostra feminina (f) e masculina (m) durante a gravidez	322

Quadro 20. Comparação de médias, com o teste de medidas repetidas, da VPN total, QV e IP nos casais, tendo em conta as covariáveis idade e escolaridade	325
Quadro 21. Comparação de médias, com o teste de medidas repetidas, da satisfação com a vida conjugal total (SAVIC), funcionamento conjugal (FC), amor (A), casal (C), o outro (O) e o próprio (P) nos casais, tendo em conta as covariáveis idade e escolaridade	327
Quadro 22. Comparação de médias, com o teste de medidas repetidas, do coping total (C), pedido de ajuda – PA (F1), confronto e resolução activa dos problemas e planificação da estratégia – CRAPPE (F2), abandono passivo perante a situação – APS (F3), controlo interno/externo dos problemas – CI/EP (F4), estratégias de controlo das emoções – ECE (F5), auto-responsabilização e medo das consequências – ARMC (F8) nos casais, tendo em conta as covariáveis idade e escolaridade	328
Quadro 23. Comparação de médias, através do teste de medidas repetidas, do stress em contexto profissional (PSS) nos casais, tendo em conta as covariáveis idade e escolaridade	329
Quadro 24. Comparação de médias, através do teste de medidas repetidas, do total dos estados emocionais negativos (DAS), da ansiedade, do stress e da depressão nos casais, tendo em conta as covariáveis idade e escolaridade	330
Quadro 25. Comparação de médias, através do teste de medidas repetidas, dos sintomas psicopatológicos somatização (SOM), obsessões-compulsões (O-C), sensibilidade interpessoal (SI), depressão (DEP), ansiedade (ANS), hostilidade (HOST), ansiedade fóbica (ANS FOB), índice geral de sintomas (IGS), total de sintomas positivos (TSP), ideação paranóide (IP), psicoticismo (PSI) e índice de sintomas positivos (ISP) nos casais, tendo em conta as covariáveis idade e escolaridade	332
Quadro 26. Teste <i>t</i> de Student de diferença de médias para a idade e para a escolaridade, nas mulheres, quanto às gestações e nos homens quanto ao número de filhos	334
Quadro 27. Estatísticas descritivas das subescalas da EAGM em primigestas e multigestas	337
Quadro 28. Teste de MANCOVA para o efeito do número de gestações e covariáveis na EAGM	337
Quadro 29. Teste de ANCOVA para o efeito do número de gestações e covariáveis nas subescalas da EAGM	338
Quadro 30. Estatísticas descritivas da EVPNM total e suas dimensões em primigestas e multigestas	339
Quadro 31. Teste de MANCOVA para o efeito do número de gestações e das covariáveis na EVPNM	339

Quadro 32. Teste de ANCOVA para o efeito do número de gestações nas subescalas e no total da EVPNM	340
Quadro 33. Estatísticas descritivas da EASAVIC-F total e suas dimensões em primigestas e multigestas	340
Quadro 34. Teste de MANCOVA para o efeito do número de gestações e das covariáveis na EASAVIC-F	340
Quadro 35. Teste de ANCOVA para o efeito do número de gestações nas subescalas e no total da EASAVIC-F	341
Quadro 36. Teste de MANCOVA para o efeito do número de gestações e covariáveis nas dimensões da IRP-F	342
Quadro 37. Estatísticas descritivas da DASS-F total e suas dimensões em primigestas e multigestas	342
Quadro 38. Teste de MANCOVA para o efeito do número de gestações e covariáveis na DASS-F	342
Quadro 39. Teste de ANCOVA para o efeito do número de gestações e covariáveis nas subescalas e no total da DASS-F	343
Quadro 40. Teste de ANCOVA para o efeito do número de gestações e covariáveis na PSS-F	344
Quadro 41. Teste de MANCOVA para o efeito do número de gestações e covariáveis no BSI-F	345
Quadro 42. Estatísticas descritivas da EVPNP total e suas dimensões em homens com (n = 260) e sem filhos (n = 146)	345
Quadro 43. Teste de MANCOVA para o efeito do número de filhos e covariáveis nas dimensões da EVPNP	346
Quadro 44. Teste de ANCOVA para o efeito entre sujeitos do número de filhos nas subescalas e no total da EVPNP	346
Quadro 45. Estatísticas descritivas da EASAVIC total e suas dimensões em homens sem filhos (n = 260) e em homens com filho(s) (n = 146)	347
Quadro 46. Teste de MANCOVA para o efeito do número de filhos e das covariáveis na EASAVIC-M	347
Quadro 47. Teste de ANCOVA para o efeito do número de filhos nas subescalas e no total da EASAVIC-M	348
Quadro 48. Teste de MANCOVA para o efeito do número de gestações e covariáveis no IRP-M	348
Quadro 49. Teste de MANCOVA para o efeito do número de filhos e covariáveis na DASS-M	349
Quadro 50. Teste de ANCOVA para o efeito do número de filhos na PSS-M	349
Quadro 51. Teste de MANCOVA para o efeito do número de filhos e covariáveis no BSI-M	349

Quadro 52. Correlações de Pearson entre a EVPNM total e dimensões QVM e IPM e as variáveis psicológicas maternas em estudo	351
Quadro 53. Correlações de Pearson entre a EVPNP total e dimensões QVP e IPP e as variáveis psicológicas paternas em estudo	356
Quadro 54a. Comparação de médias, com o teste de ANOVA, da vinculação pré-natal materna segundo a idade das mulheres por faixas etárias	363
Quadro 54b. Teste pos-hoc de Bonferroni para comparação de médias da vinculação pré-natal materna e dimensões conforme as faixas etárias	363
Quadro 55. Teste <i>t</i> de Student de diferença de médias da vinculação pré-natal da mulher segundo o tipo de habitação	365
Quadro 56a. Comparação de médias, com o teste de ANOVA, da vinculação pré-natal materna e o estatuto socioeconómico do casal	366
Quadro 56b. Teste pos-hoc de Bonferroni de comparação de médias da IPM e da QVM segundo o estatuto socioeconómico do casal	366
Quadro 57. Teste <i>t</i> de Student, de diferença de médias, da vinculação pré-natal materna conforme o planeamento da gravidez pela mulher	367
Quadro 58. Teste <i>t</i> de Student de diferença de médias da vinculação pré-natal materna segundo a aceitação, pela mulher, da gravidez não planeada	367
Quadro 59. Diferença de médias, com o teste <i>t</i> de Student, da vinculação pré-natal materna consoante a existência de razões para o surgimento de gravidez não planeada	368
Quadro 60. Teste <i>t</i> de Student, de diferença de médias, da vinculação pré-natal materna conforme a existência de doenças em gravidezes anteriores	369
Quadro 61. Teste <i>t</i> de Student de diferença de médias da vinculação pré-natal na mulher consoante a existência de gravidez em casamento ou coabitação anterior	370
Quadro 62. Teste de ANOVA para comparação de médias da vinculação pré-natal nos homens segundo a idade por faixas etárias	372
Quadro 63. Teste <i>t</i> de Student para comparação de médias da vinculação pré-natal paterna conforme o estatuto ocupacional do homem	373
Quadro 64. Comparação de médias, com o teste de ANOVA, da vinculação pré-natal paterna, conforme o agregado familiar	374
Quadro 65. Teste de ANOVA para comparação de médias da vinculação pré-natal paterna conforme o estatuto socioeconómico do casal	375
Quadro 66. Teste <i>t</i> de Student para diferença de médias da vinculação pré-natal paterna conforme o planeamento da gravidez	375
Quadro 67. Teste <i>t</i> de Student para comparação de médias da vinculação pré-natal paterna consoante a existência de razões para o aparecimento da gravidez não planeada	376
Quadro 68. Regressão linear múltipla da QVM tendo em conta as variáveis	

psicológicas, sociodemográficas e clínicas introduzidas nos diferentes modelos	380
Quadro 69. Variáveis preditoras da QVM no modelo 7 da regressão linear múltipla	381
Quadro 70. Regressão linear múltipla da IPM tendo em conta as variáveis psicológicas, sociodemográficas e clínicas introduzidas nos diferentes modelos	382
Quadro 71. Variáveis preditoras da IPM no modelo 7 da regressão linear múltipla	382
Quadro 72. Regressão linear múltipla da EVPNM total tendo em conta as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas introduzidas nos diferentes modelos	383
Quadro 73. Variáveis preditoras da EVPNM total no modelo 7 da regressão linear múltipla	384
Quadro 74. Regressão linear múltipla da QVP tendo em conta as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas introduzidas nos diferentes modelos	385
Quadro 75. Variáveis preditoras da QVP no modelo 6 da regressão linear múltipla	386
Quadro 76. Regressão linear múltipla da IPP tendo em conta as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas introduzidas nos diferentes modelos	387
Quadro 77. Variáveis preditoras da IPP no modelo 6 da regressão linear múltipla	388
Quadro 78. Regressão linear múltipla da EVPNP total tendo em conta as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas introduzidas nos diferentes modelos	388
Quadro 79. Variáveis preditoras da EVPNP total no modelo 6 da regressão linear múltipla	389
Quadro 80. Associação, através do teste de Qui quadrado, entre o número de filhos e o tipo de parto	395
Quadro 81. Associação, através do teste de Qui quadrado, entre a saúde do bebé e a existência de doenças após as 25 semanas de gestação	396
Quadro 82a. Teste <i>t</i> de Student para comparação de médias das variáveis psicológicas maternas consoante a ocorrência de patologia obstétrica	397
Quadro 82b. Teste de ANOVA para comparação de médias das variáveis psicológicas maternas entre os grupos de grávidas conforme a patologia obstétrica	400
Quadro 83. Teste <i>t</i> de Student para comparação de médias da vinculação pré-natal paterna consoante a existência de patologia obstétrica dos II e III trimestres de gravidez das suas mulheres	402
Quadro 84. Teste <i>t</i> de Student para comparação de médias da vinculação pré-natal materna conforme o estado de saúde do recém-nascido no momento do nascimento	403
Quadro 85a. Comparação de médias da vinculação pré-natal materna conforme o tipo de parto com o teste One-Way ANOVA	404
Quadro 85b. Teste pos-hoc de Bonferroni para comparação da QVM segundo o	

tipo de parto	404
Quadro 86. Correlações de Pearson entre as características psicológicas das mulheres e dos homens no período pós-natal (n = 67)	406
Quadro 87. Teste de medidas repetidas, tendo em conta as covariáveis idade e escolaridade para comparação da vinculação pós-natal total (VPósN), da qualidade da vinculação pós-natal (QVPósN) e da intensidade da preocupação pós-natal (IPPósN) nos casais.	409
Quadro 88. Correlações de Pearson entre as características psicológicas das mulheres no período pré-natal e no período pós-natal	412
Quadro 89. Correlações de Pearson entre as características psicológicas dos homens no período pré-natal e no período pós-natal	413
Quadro 90. Comparação de médias, com o teste <i>t</i> de Student para amostras emparelhadas, da DASS-42 e suas dimensões observada nas mulheres no período pré (1) e pós-natal (2)	416
Quadro 91. Teste <i>t</i> de Student para amostras emparelhadas de comparação de médias no BSI e suas dimensões nas mulheres no período pré (1) e pós-natal (2)	417
Quadro 92. Teste <i>t</i> de Student para amostras emparelhadas de comparação de médias na EASAVIC e suas dimensões nas mulheres no período pré (1) e pós-natal (2)	418
Quadro 93. Teste <i>t</i> de Student para amostras emparelhadas de comparação de médias no IRP e suas dimensões nas mulheres no período pré (1) e pós-natal (2)	419
Quadro 94. Teste <i>t</i> de Student para amostras emparelhadas de comparação de médias na EASAVIC e suas dimensões nos homens no período pré (1) e pós-natal (2)	420
Quadro 95. Teste <i>t</i> de Student para amostras emparelhadas de comparação de médias na EVPósN e suas dimensões nos homens no período pré (1) e pós-natal (2)	420
Quadro 96. Teste <i>t</i> de Student para amostras emparelhadas de comparação de médias no IRP e suas dimensões nos homens no período pré (1) e pós-natal (2)	421
Quadro 97. Correlações de Pearson entre a vinculação pós-natal materna e a satisfação com a vida conjugal materna e entre a vinculação pós-natal paterna e a satisfação com a vida conjugal paterna, no período pós-natal	423

Introdução

A vinculação pré-natal materna e paterna é um aspecto fundamental das relações que os pais estabelecem com os filhos. Tem início durante a gravidez e forma os alicerces de todas as relações posteriores. Define-se, segundo Condon (1993), por laço emocional que se estabelece entre os pais e o filho antes do nascimento ou, de acordo com Moulder (1994), pelo desenvolvimento de sentimentos dos pais pelo bebé antes de este nascer. Embora se trate de um conceito representacional dos pais em relação ao feto (Walsh, 2010) é designada, pelos vários autores que se dedicam ao seu estudo, apenas por vinculação pré-natal.

A génese da vinculação pré-natal, enquanto constructo teórico incluído nos pressupostos da teoria da vinculação de Bowlby, data dos anos oitenta e deve-se ao consenso encontrado entre alguns investigadores a propósito da associação entre a representação da vinculação da mãe ao seu filho, depois do nascimento, e a representação da vinculação materno-fetal, passando a ser descrita como um dos mecanismos originários das relações mãe-criança (e.g., Bretherton, 1982; Dickstein, Seifer, & Albus, 2009; Isabella & Belsky, 1985; Fonagy, Steele & Steele, 1991, 1996). Esta perspectiva mostrou-se muito útil na compreensão dos estilos de vinculação entre a criança e a mãe (Ainsworth et al., 1979), das representações da vinculação entre a mãe e a criança (George & Solomon, 1999; Miljkovich, 2001) e da promoção de vinculações seguras que minimizam os riscos para a saúde e promovem o desenvolvimento harmonioso das crianças (Bretherton, 1982).

Contudo, desde a década de 40, um corpo teórico crescente vinha salientando a existência e o desenvolvimento de relações pré-natais entre pais e filhos, primeiro materno-fetais pela relação biológica evidente da gravidez na mulher e, mais tarde, também entre o pai e o feto (e.g., Bibring, 1959; Bloom, 1995; Condon, 1993; Deutsch, 1945/1974; Fuller, 1990; Grace, 1989; Leifer, 1977; Raphael-Leff, 2009; Reading, Cox, Sledmere & Campbell, 1984, Rubin, 1975). Nos anos oitenta deu-se início à investigação nesta área, com instrumentos de medida criados para avaliação do constructo, tal como foi operacionalizado por alguns autores e, apesar de controvérsias, é também nesta época que o conceito começa a ser integrado pelos seguidores de Bowlby.

A vinculação pré-natal não pode ser confundida com o investimento da mulher na gravidez, um processo activo que implica, por exemplo, a realização das tarefas (Moulder,

1994), o período da gravidez é, antes, o tempo do início das relações de vinculação entre os pais e o filho, esse laço afectivo que se funda e se perpetua para além do real.

A vinculação pré-natal ao feto, tal como acontece com a vinculação pós-natal ao bebé, articula-se com outras variáveis psicológicas, as mesmas que interferem na formação de todas as relações que a influenciam e a determinam. Presentemente, contamos com um grande número de estudos publicados que incidem sobre a influência das variáveis psicossociais na vinculação pré-natal da mãe e, também, embora em menor número, do pai (e.g., Brandon, 2007; Condon & Corkindale, 1997; Hart & McMahon, 2006; Heidrich & Cranley, 1989; Kunkel & Doan, 2003; Laxton-Kane & Slade, 2002; Lindgren, 2001; Scharfe, 2007; Siddiqui, Hagglof, & Eisemann, 2000b; etc.). Estas investigações apontam razões suficientes para presumirmos que os estados psicológicos negativos dos pais afectam a vinculação pré-natal, assim como os estados psicológicos positivos se tornam protectores dessa mesma vinculação. Contudo, os resultados são, por vezes, contraditórios pelo que sentimos necessidade de contribuir para o desenvolvimento desses trabalhos, o que concretizamos com uma parte da investigação que aqui apresentamos.

Para além das variáveis psicológicas, que têm um papel fundamental no tipo de vinculação que os pais desenvolvem com o feto, há outros factores, nomeadamente sociodemográficos e clínicos, que estão presentes durante a gravidez e que influenciam a vinculação pré-natal materna e paterna (e.g., Armstrong, 2002; Bloom, 1995; Brandon et al., 2008; Bouchard, Boudreau, & Hébert, 2006; Caccia, Johnson, Robinson, & Barna, 1991; Condon, 1985; Condon e Esuvaranathan, 1990; Damato, 2000; Fish & Stifter, 1993; Grace, 1989; Heidrich & Cranley, 1989; Lawson & Turriff-Jonasson, 2006; Lindgren, 2001; Lorensen, Wilson, & White, 2004; Reading et al., 1984; Righetti, Dell'Avanzo, Grigio, & Nicolini, 2005; Siddiqui, Hagglof, & Eisemann, 1999, 2000b; Tsartsara & Johnson, 2006; Vedova, Dabrassi, & Imbasciati, 2008; White, McCorry, Scott-Heyes, Dempster, & Manderson, 2008).

Os padrões de vinculação têm correspondência ao longo das gerações e parecem influenciar o sentido de si e o modo como os outros constituem um apoio emocional e social (Dickstein, Seifer, & Albus, 2009). Uma vinculação forte antes do nascimento está ligada a uma forte vinculação depois do nascimento, promovendo a saúde e o bem-estar da mãe e do bebé (Condon & Corkindale, 1997; Condon & Dune, 1987; Cox et al., 1984; Siddiqui & Hagglof, 2000).

A articulação dos diversos factores, neste período, pode comprometer a saúde obstétrica da mulher, o resultado do parto e a saúde do bebé e, ainda, a estabilidade psicológica entre os períodos pré e pós-natal.

Em face destas considerações, levantaram-se-nos as questões orientadoras deste estudo que são: “Como é que a vinculação pré-natal se articula com as variáveis psicológicas presentes na gravidez e com as variáveis sociodemográficas e clínicas que influenciam o resultado do parto e a ocorrência de patologia obstétrica nos II e III trimestres de gestação?”; “Será que o resultado do parto e a ocorrência de patologia obstétrica nos II e III trimestres de gravidez alteram a estabilidade psicológica entre o período pré e o período pós-natal?”.

A resposta a estas questões permite encontrar factores psicológicos explicativos das influências, das inter-relações e das consequências de um conjunto de variáveis psicológicas articuladas com a representação da vinculação pré-natal materna e paterna, na evolução da gravidez e no resultado do parto, em casais grávidos no segundo trimestre que frequentam consultas de vigilância da gravidez na região centro do país.

Um conjunto de objectivos gerais foi enunciado para responder às questões colocadas, posteriormente operacionalizadas em hipóteses de investigação. Esses objectivos são: (1) Estudar a articulação entre a vinculação pré-natal entre os pais e o feto e as variáveis psicológicas que influenciam o resultado do parto e a ocorrência de patologia obstétrica nos II e III trimestres de gravidez; (2) Comparar as variáveis psicológicas dentro do casal, durante a gravidez; (3) Identificar a influência das variáveis psicológicas das mulheres grávidas sobre o resultado do parto e na ocorrência de patologia obstétrica nos II e III trimestres de gravidez; (4) Averiguar o efeito do resultado do parto e da ocorrência de patologia obstétrica nos II e III trimestres de gravidez sobre a vinculação pós-natal materna e paterna e (5) Comparar as variáveis psicológicas quer das mulheres, quer dos homens, antes e depois do nascimento e comparar as variáveis psicológicas dentro do casal, no período pós-natal.

A investigação realizada é de natureza observacional, longitudinal e analítico-prospectiva (Hulley, Cummings, Browner, Grady, & Newman, 2008; Pais-Ribeiro, 1999, 2007; Rossi, 2000). Tem uma amostra de 814 sujeitos que perfazem 407 casais. É constituída por três estudos. No primeiro, debruçamo-nos sobre as questões centrais da gravidez no que se refere à vinculação pré-natal materna e paterna e às suas relações com as variáveis psicológicas, sociodemográficas e clínicas nos homens, nas mulheres e nos casais. No segundo estudo, conhecemos a articulação entre a vinculação pré-natal materna e

paterna e as variáveis psicológicas e sociodemográficas da mulher que influenciam o resultado do parto e a ocorrência de patologia obstétrica nos II e III trimestres de gravidez. No terceiro estudo, dando continuidade ao anterior, compreendemos de que forma se altera a representação da vinculação dos pais ao bebé e as variáveis psicológicas da mulher e do homem, 8 a 12 meses após o nascimento, comparativamente com o tempo de gravidez. O segundo e o terceiro estudos acompanham os sujeitos ao longo de um período de tempo, no qual se observará o desfecho, ou as variáveis dependentes.

O trabalho que apresentamos está organizado em duas partes, dividindo-se cada uma em capítulos e subcapítulos. A primeira parte destina-se ao enquadramento teórico e é constituída por três capítulos distintos. O primeiro capítulo aborda a experiência psicológica na gravidez e transição para a parentalidade, primeiro na mulher, onde se desenvolvem as questões relativas ao desejo de ter filhos, ao desenvolvimento psicológico e transformações na identidade, as manifestações psicofisiológicas, a representação psíquica do feto e a transição para a maternidade. Depois, ainda neste capítulo, é evidenciada a experiência psicológica do homem, começando pela perspectiva actual da paternidade, seguida da abordagem ao seu desenvolvimento psicológico, ao envolvimento paterno, às manifestações psicossomáticas e à transição para a paternidade. Finalmente, acerca do casal, aborda-se a parentalidade e a adaptação conjugal, apresenta-se a transição para a parentalidade e os seus efeitos no casal enquanto cônjuges e agora pais, e as implicações desta transição para ambos, entre si e na comunicação com o bebé.

O segundo capítulo começa por ilustrar a psicopatologia mais frequente da gravidez, como as perturbações do humor, da personalidade e as alterações psicológicas associadas a complicações obstétricas importantes e, depois, expõe a psicopatologia do puerpério, enfatizando a problemática da depressão pós-parto.

O terceiro capítulo é dedicado à representação da vinculação pré-natal e sua articulação com a experiência psicológica da gravidez e da parentalidade. Neste capítulo fazemos alusão à teoria da vinculação, conceito e desenvolvimento, e à construção do conceito de vinculação pré-natal, investigação e psicometria. Destacamos, ainda, os determinantes da vinculação pré-natal materna e paterna e apresentamos os resultados de estudos longitudinais entre os períodos pré e pós-natal. Terminamos referindo algumas críticas proferidas ao constructo.

A segunda parte deste trabalho destina-se à conceptualização do estudo empírico e conta com mais quatro capítulos. No capítulo quatro apresentamos o problema de investigação, definimos os objectivos e levantamos as hipóteses. No capítulo seguinte,

descrevemos a metodologia adoptada tendo em conta o delineamento da investigação, os critérios de amostragem e de recolha da amostra, a selecção, organização e descrição dos instrumentos de recolha de dados. Neste subcapítulo apresentamos os resultados descritivos e o estudo psicométrico das escalas de medida utilizadas nos diferentes estudos que realizamos. Terminamos o capítulo focando as questões éticas que tivemos em atenção.

No sexto capítulo, apresentamos e analisamos os resultados. Primeiro os descritivos, de caracterização sociodemográfica e clínica da amostra e, em seguida, os resultados inferenciais obtidos com a testagem das hipóteses. No sétimo capítulo procedemos à discussão dos resultados obtidos nos vários estudos, referimos as limitações sentidas na concretização da investigação e, por fim, apontamos estudos a desenvolver no futuro a partir do apelo dos resultados obtidos. Terminamos, apresentando as conclusões deste estudo de investigação e lançando algumas propostas de intervenção no futuro.

PRIMEIRA PARTE

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I

EXPERIÊNCIA PSICOLÓGICA NA GRAVIDEZ E TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

1. A mulher durante a gravidez e na transição para a maternidade

A gravidez é o período de gestação que medeia entre a concepção e o parto. Este período tem uma duração aproximadamente de 40 semanas e, considera-se a termo, a gestação cujo parto ocorre entre as 37 semanas e as 41 semanas e seis dias. Antes das 37 semanas o parto é considerado pré-termo e, após as 42 semanas, designa-se pós-termo (Gomella, 2006). Actualmente, o limite da viabilidade fetal pode recuar até às 23 ou 24 semanas, com o nascimento de bebés habitualmente designados por “grandes prematuros”, o que coloca importantes questões médicas e éticas (Goudoever, 2006; Higgins, Delivoria-Papadopoulos, & Raju, 2005).

O tempo de gravidez corresponde à idade gestacional do bebé. Esta concordância evidencia o quanto a gravidez e o feto fazem parte de um único processo que, em circunstâncias normais, não existem separadamente. Quando, numa gravidez, há apenas um feto, esta designa-se gravidez de feto único; quando há mais do que um feto, designa-se gravidez gemelar ou múltipla.

A idade gestacional (IG) determina-se a partir da data da última menstruação (quando é possível determiná-la, é a mais exacta) ou através da ecografia realizada antes das 20 semanas de gestação. A IG e o peso à nascença permitem a classificação do recém-nascido em três tipos: pequeno para a IG (dois desvios-padrão abaixo da média de peso para a IG, ou abaixo do percentil 10); adequado para a IG (assim definido através da média padronizada de peso) e grande para a IG (se o seu peso está dois desvios-padrão acima da média de peso para a IG ou acima do percentil 90). Esta classificação é um indicador importante da saúde do bebé, no momento do nascimento (Gomella, 2006).

Durante a gravidez, na mulher, sucedem-se as interacções entre as alterações fisiológicas, o esforço psicológico e as exigências do meio social. Estas interacções constituem a dimensão psicossocial do processo gravídico, assim designada a partir do modelo psicossocial do desenvolvimento humano de Erikson (1971, 1972) que, para o formular, se baseou no princípio epigenético¹ tendo em conta o elemento biológico e as condições históricas e culturais que o rodeiam. Esta perspectiva tem permitido a análise da gravidez no contexto de diferentes disciplinas, o que em muito tem contribuído para a sua compreensão. Estudos posteriores continuam a investigar o papel crucial das interacções

¹A epigénese define-se como a complexidade das interacções entre o meio e as sínteses bioquímicas, reguladas pela programação genética (Piaget 1974).

com o ambiente, particularmente entre os genes, o comportamento e o ambiente no desenvolvimento das diferenças individuais, nomeadamente no campo da vinculação humana, como determinantes dos estilos de vinculação adquiridos (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2007).

1.1. Breve perspectiva temporal da gravidez e da maternidade

Ao longo dos séculos, o processo de reprodução nas sociedades humanas sempre esteve envolvido num enorme conjunto de normas comportamentais, tabus, representações valorativas e até constrangimentos que mostram a importância atribuída à gravidez em todas as culturas. Por exemplo, durante o Renascimento dominou na Europa Ocidental uma consciência naturalista da vida e do decorrer do tempo, a qual considerava que o dever primordial do homem, na vida, era dar vida. Nesta época, a esterilidade no casal tornou-se uma preocupação muito séria porque não permitia ao homem o cumprimento do seu dever (Ariès, Duby & cols., 1990).

Durante o século XVII, a sociedade percebeu a finitude do homem e que a perpetuação do seu corpo é feita através da sua semente, aquela que fará o corpo dos seus filhos, passando, a criança, a ocupar um lugar fundamental nas preocupações dos pais. Cem anos mais tarde, no final do século XVIII, foi reconhecida a importância do amor materno, no discurso filosófico, médico e político. Com Rousseau, em 1762, lançaram-se as ideias fundamentais sobre a família e valorizou-se o vínculo afectivo originado pelo contacto físico entre a mãe e o filho. Mas, o culto à maternidade surgiria apenas no século XIX, tornando-se, simultaneamente, importantes na sociedade, o lugar da mãe e o lugar da criança (Lebrun, s.d.).

Ainda no final daquele século, começaram a ser esclarecidos, no seu conjunto, os mecanismos genéticos, biológicos e anatómicos que presidem a cada fecundação, isto apesar de a obstetrícia científica ter tido início dois séculos antes, no século XVII (Bydlowski, 2006).

Ao longo do século XX, desenvolveu-se a tecnologia obstétrica e a gravidez transformou-se, progressivamente, num problema médico. Esta evolução levou a que se esbatessem as dimensões psicológicas e sociais da gravidez e do parto, às quais se atribuiu importância, como por exemplo, o significado dado pelas mulheres a essas experiências. Em consequência, muitas vezes, a mulher foi colocada em segundo plano após o

nascimento do bebé e foi considerada um ser social, desprovido de emoções e de afectos, pois o único desfecho importante da gravidez era o produto final do trabalho de parto, o novo membro social (Helman, 1994).

Para além disso, inúmeras e complexas movimentações socioeconómicas e políticas das últimas décadas do século XX tiveram os seus efeitos e alteraram radicalmente o conceito de ser mãe, vigente até então. Como exemplos fundamentais daquelas movimentações, temos: a expansão dos métodos contraceptivos; a transformação da vida activa das mulheres; a passagem da família alargada à família nuclear e a outras formas de família (Badinter, 1989; Helman, 1995; Leal, 2005); o alargamento dos campos de intervenção nas maternidades; os avanços tecnológicos em obstetria e as mudanças conceptuais no que se refere à mãe, ao recém-nascido e, cada vez mais, ao pai; a investigação psicológica na área da gravidez e da maternidade; o conhecimento aumentado acerca das vivências pessoais da grávida, das competências do bebé e do feto e do papel parental dos progenitores (Leal, 1992, 2005). Todas estas movimentações conquistaram relevância neste processo e permitiram o desenvolvimento de novas áreas de estudo e de intervenção na gravidez e na parentalidade.

Os estudos transculturais dos costumes, mitos e superstições, descritos na literatura, tal como as crenças e tabus à volta da vulnerabilidade da mãe e do feto durante a gestação, parto, puerpério e período de amamentação, assim como o desenvolvimento tecnológico, deram um contributo valioso à compreensão da dinâmica psicológica da gravidez. Houve o seu reconhecimento como um tempo demasiado importante que pode ser visto como período de transição entre dois estatutos sociais, o de mulher e o de mãe, com grande significado simbólico, dinâmico, de construção e de desenvolvimento, de enriquecimento e de desafio (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994; Leal, 2005; Maldonado, 1991).

No contexto actual, com as mais baixas taxas de mortalidade materna e infantil da Europa, não deixa de ser surpreendente o aumento que se verifica nas doenças da gravidez, físicas e psicológicas, no número de interrupções da gestação, na sempre crescente incidência de partos pré-termo e no aumento das taxas de infertilidade (Leal, 2005), situações estas que ocorrem em simultâneo com as mais reduzidas taxas de natalidade, principalmente em Portugal (INE, 2010). A redução da natalidade traz, constantemente, à consciência, o quanto a gravidez é, na grande maioria dos casos, uma decisão pessoal e, precisamente por isso, influenciada por factores pessoais, intrínsecos a cada mulher, e sociais, típicos da época e do contexto em que vive.

1.2. O desejo de ter filhos

A perspectiva da gravidez e da maternidade decorrente das rápidas mudanças sociais (e.g., contracepção eficiente, inseminação artificial e livre acesso ao aborto) tiveram um papel fundamental na criação de um novo clima individual no que diz respeito ao planeamento da gravidez e ao desejo de ter filhos. Estes aspectos tornaram-se conscientes, deliberados e programados, dada a possibilidade de separar a sexualidade, a reprodução e o casamento (enquanto instituição social).

Estas circunstâncias aconteceram tão rapidamente, em comparação com o tempo em que decorrem as mudanças sociais em geral, que trouxeram, por momentos, a ideia de desconstrução do conhecimento sobre o desejo humano de reprodução. No entanto, de acordo com Raphaell-Leff (2009), desenvolvimentos recentes na sociedade Ocidental mostraram que o conhecimento sobre o desejo de reproduzir não está desconstruído no ser humano, embora não seja possível continuar a manter o mito do instinto maternal e da anatomia do destino ou assunções teológicas ou biológicas acerca dos genes. O desejo humano de reprodução tem raízes conscientes e inconscientes, incorporadas nas origens de cada indivíduo, da família onde foi criado, da cultura onde nasceu e da sociedade onde se tornou adulto. Trata-se, portanto, de um desejo muito complexo, com uma dimensão altamente pessoal e desenvolvimental que, apesar de ser um projecto consciente, está, muitas vezes, infiltrado de significações inconscientes que vão reaparecer durante a gravidez e influenciar a criança que irá nascer (Idem).

A criança é imaginária antes de ter sido concebida sendo aquela que a mãe e o pai vieram um dia a desejar. Ela será investida, por cada um dos seus pais, na qualidade de objecto da psique parental, através de um conjunto de afectos e de representações, de cenários e de sinais significativos que contribuirão para a sua formação como pessoa (Bydlowski, 2006).

Para a mulher, o desejo de ter um filho é o desejo de sentir-se completa e onnipotente, mantendo um conceito idealizado de si própria, como extensão da própria mãe, aquela que cuidou de si enquanto criança. É também o desejo de perfeição - extensão narcísica, juntamente com a fantasia de simbiose - fusão e união com o filho. Ter um filho é uma tentativa de recriar vínculos passados e de renovar relações antigas através de novos relacionamentos que surgem com a sua chegada. Nasce, em ambos os pais, o desejo de se

rever no filho como um duplo que é, ao mesmo tempo, promessa de continuação ou elo de uma longa cadeia entre o passado e o futuro (Brazelton & Cramer, 1993).

Um filho representa, consciente ou inconscientemente, a imortalidade genética, a transmissão cultural e a segunda oportunidade de reparar certas passagens da infância (Raphaell-Leff, 1997, 2009). O sentimento de imortalidade pessoal (e não só biológica), permite, aos pais, o cuidar de alguém que lhes pertence e que é objecto de amor e traz-lhes o sentimento de ter de volta os seus próprios pais, internamente modificados, possibilitando-lhes a condição de se sentirem adultos em pleno. Embora com uma consciência pouco clara, um filho representa a eternidade possível, ou a continuidade imediata das suas vidas (Erikson, 1971; Raphaell-Leff, 1997, 2009; Sá, 1997).

Segundo Brazelton e Cramer (1993), o bebé que irá nascer é “filho da fantasia” e, neste sentido, são-lhe atribuídos “poderes mágicos” para desfazer antigas separações, negar a passagem do tempo e a dor provocada pela morte e pelo desaparecimento. É alguém que cura, que traz a promessa de recriar relações adormecidas, as quais foram gratificantes no passado, que será bem sucedido naquilo em que os seus pais falharam, representando a oportunidade de inverter compromissos e limitações. Será um modelo de perfeição - ideal do ego, realizando as potencialidades adormecidas. Neste caso, os pais podem vir a exercer uma grande pressão sobre o filho ao temerem que ele seja um fracasso, ameaçando o seu próprio fracasso, uma vez que o filho poderia ter sido experienciado como a realização de ideais e de oportunidades perdidas.

A decisão de engravidar, o comportamento durante a gravidez e o comportamento materno, segundo Canavarro (2001), estão interligados e são determinados pelas representações da gravidez e da maternidade. Estes determinantes são constituídos por factores genéticos, histórico-culturais e de desenvolvimento. Os mediadores daquelas representações são a personalidade e os processos cognitivos. Nesta perspectiva, os factores genéticos são, na opinião da autora, as “drives” fisiológicas, as capacidades cognitivas e perceptivas, as características físicas e os traços psicológicos. Os factores histórico-culturais referem-se à separação entre a sexualidade e a reprodução que permitiram, à mulher, um maior controlo do seu corpo e, por conseguinte, da sua vida em geral. Incluem-se nestes, os avanços científicos e tecnológicos que permitem a reprodução artificial e o crescente controlo e monitorização do desenvolvimento e do nascimento do bebé bem como a permissão social da interrupção da gravidez, como atrás já referimos. Os factores de desenvolvimento contam com a história do indivíduo, experiências e aprendizagens ao longo da vida. Neste processo desenvolvimental, a autora supra-referenciada enfatiza os

marcadores relacionais, perspectivando que relacionar-se é influenciar e coloca a ênfase na relação estabelecida com a própria mãe, ou figura materna.

Para além do desejo de ter um filho e da decisão de engravidar, o que se concretiza com uma gravidez bem sucedida, a gravidez e a maternidade são realidades complexas, dinâmicas e distintas. A maternidade é um processo de longo prazo que inclui e que ultrapassa a gravidez e requer que se deseje ser mãe (Leal, 1992). Para tal, a mulher deve permitir-se elaborar todo um desenvolvimento pessoal e relacional, aceitando, a priori que, depois desta experiência, estará internamente modificada e não vai voltar a ser uma pessoa singular.

1.3. Desenvolvimento psicológico da mulher durante a gravidez

Durante a gravidez, a mulher vive um processo de desenvolvimento individual caracterizado por uma crescente complexidade. A mulher que vai ser mãe terá de se formar psicologicamente da mesma forma que o seu filho se forma fisicamente (Stern & Stern, 2005) e é o tempo de gravidez que lhe permite fazer a preparação psicológica nos domínios cognitivo, com o ensaio de papéis e tarefas, afectivo, ou o ligar-se à criança, e relacional, como seja o reestruturar as relações pessoais para incluir o novo elemento na sua identidade e aprender a aceitar o feto como pessoa (Canavarro, 2001). Este período pode ser muito enriquecedor se a mulher o viver não apenas como um tempo de preparação psicológica e física, mas também de preparação para o papel de mãe e para o início do relacionamento com o filho (Justo, 1994).

O período de gestação é, habitualmente, descrito por fases, nas quais se desenvolvem um conjunto de tarefas psicológicas que foram enunciadas e corroboradas por diferentes autores (e.g., Bibring, 1959; Bibring, Dwyer, Huntington, & Valenstein, 1961; Brazelton, 1993; Colman & Colman, 1994; Justo, Bacelar-Nicolau, & Dias, 1999). Essas fases de desenvolvimento, tal como os estádios do ciclo vital, são caracterizadas por terem um ponto crítico que exige adaptação pessoal e resolução sequencial, de modo a poder avançar, com sucesso, para a fase seguinte. Se o estádio anterior não for resolvido, os estádios posteriores reflectirão esse fracasso na forma de um desajuste físico, cognitivo, social ou emocional (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997) que é indesejável que ocorra durante a gravidez.

Colman e Colman (1973) propuseram a seguinte designação para as três fases da gravidez que se referem às alterações de comportamento e psicossomáticas: fase de integração (I), fase de diferenciação (II) e fase de separação (III). A primeira corresponde à integração da nova realidade física que a mulher transporta dentro de si – o novo ser. Nesta altura, a mulher faz o regresso à sua infância e reavalia/reorganiza ou reelabora as suas relações com a figura feminina-materna do passado constituindo-se “um momento importante na solidificação da personalidade feminina” (Justo et al., 1999, p. 16). Na segunda fase, a mulher reorganiza e reavalia o relacionamento conjugal, cujo objecto de reelaboração psicológica passa a ser o companheiro actual, em detrimento da mãe da infância. Esta fase começa com a percepção dos movimentos fetais, levando a grávida a perceber que a sua criança é autónoma e tem regras próprias (Idem) É nesta fase que a mulher resolve o seu problema de difusão da identidade com o feto e se dissocia dele (Colman e Colman, 1973). Na terceira fase, a mulher prepara a separação física e psicológica da criança que vai nascer e que já comunica, passando esta a ser o seu objecto de reelaboração (Justo et al., 1999).

Segundo Colman e Colman (1973), as três fases têm bastantes semelhanças com os trimestres de gravidez, mas não coincidem totalmente. No entanto, é habitual aparecerem descritas na literatura como coincidentes, principalmente, porque as modificações comportamentais com significado na vida emocional da mulher grávida e as alterações físicas que lhes estão associadas se encadeiam de forma compatível com esta visão.

As fases descritas estão ligadas a um conjunto de tarefas que são: aceitar a gravidez; aceitar a realidade do feto; reavaliar a geração parental anterior; reavaliar o relacionamento entre companheiros; aceitar o bebé como pessoa individualizada e integrar a identidade parental (Colman & Colman, 1994). Canavarro (2001) inovou esta proposta com a apresentação de uma sétima tarefa da maternidade, muito importante e muitas vezes esquecida, por si denominada “reavaliar e reestruturar a relação com os outros filhos (quando os houver) ”.

A mulher sabe que o conjunto de experiências consideradas originais e importantes para si, que são a gravidez, o nascimento e a maternidade, podem alterar irreversivelmente o curso da sua vida. Apesar disso, não deixam de constituir uma história fantástica, cujo início real ocorre com a concepção, em que dois corpos, um dentro do outro, formam uma união que retoma a gestação da mulher, muitos anos antes, no útero da sua mãe (Raphaell-Leff, 2009). Para tal, neste período, fisiologicamente, o corpo da mulher, a partir do óvulo fecundado, produz um factor (early pregnancy factor) capaz de suprimir ou inibir as defesas

imunológicas para aceitar que um corpo, parcialmente estranho, resida e se desenvolva dentro de si (Caplan, 1986). Psicologicamente, a mulher revive intensamente conflitos da sua vida anterior e problemas não resolvidos, compreendidos a partir da sua história pessoal e de vida que podem constituir, simultaneamente, um desafio e uma ameaça à sua estrutura psíquica (Brazelton & Cramer, 1993; Cordeiro, 1994; Maldonado, 1991).

Do ponto de vista desenvolvimental, a experiência da gravidez é essencialmente regressiva, marcada por períodos de ansiedade, curtos ou longos, aos quais estão associados sintomas físicos próprios. A regressão vivida durante a gravidez não é patológica, mas sim, uma etapa no processo de desenvolvimento, designada "Processo Psicológico de Regressão" (Soifer, 1991) que constitui uma crise de desenvolvimento, fundamentalmente marcada pela revivência da vida infantil e pelo equilíbrio físico e mental que decorre da transformação da mulher em adulta. É um momento de crise e de crescimento maturacional, de "transformação" ou "ponto crucial", constituindo uma época de maior susceptibilidade face a situações que provocam angústia (Colman & Colman, 1994).

Maldonado (1991) referiu-se a duas significações da gravidez, uma consciente e a outra menos consciente. No primeiro caso, a grávida sabe que poder morrer ou que pode dar vida; sabe que a gravidez termina com o parto e com o nascimento de uma criança, havendo riscos para si e para o bebé. No plano menos consciente, estão o desenvolvimento psicológico da mulher e as relações que ela foi estabelecendo ao longo da vida. Estas significações, na opinião de Deutsch (1974), acompanham-se de uma angústia com raízes profundas que se ligam, inevitavelmente, às tão conhecidas modificações biológicas, anatómicas e funcionais do corpo e à mudança do seu papel social. Segundo Maldonado (1991, p. 22), esta é apenas uma "transição existencial" que acontece de forma suave e tranquila e que, na opinião de Raphaell-Leff (2009), faz parte do processo normal do desenvolvimento, colocando cada mãe, em cada gestação, os seus sentimentos, esperanças, memórias e mitologias inconscientes. A história interior é, assim, diferente de gravidez para gravidez e de mulher para mulher.

O interesse pelos processos psicológicos da gravidez aumentou desde os anos quarenta, altura a partir da qual se vem cimentando a ideia de gravidez como crise normativa no desenvolvimento da mulher. Esta ideia tem as suas origens nos trabalhos de Benedek (1959), Bibring (1959), Bibring et al. (1961), Deutsch (1974) e evoluiu com Brazelton (1979), Bydlowski (2006), Colman e Colman (1994), Justo (1994), Raphaell-Leff (2009) e outros.

É referido, num artigo clássico de Bibring et al. (1961), que a gravidez é um período de crise maturacional, determinada biologicamente, tal como a puberdade e a menopausa, e que envolve alterações somáticas e psicológicas, obrigando a novas tarefas adaptativas e à resolução de conflitos anteriores não resolvidos. Estas crises representam pontos de viragem na vida do indivíduo e, por conseguinte, constituem passos importantes no seu desenvolvimento. O processo adaptativo é inevitável e a mudança é irreversível, “uma vez mãe, já não se pode deixar de sê-lo” (Idem). Este é um processo de não retorno, em que uma mãe não voltará a ser uma pessoa singular, tal como uma adolescente não voltará a ser criança depois da menarca, ou como a mulher não poderá reproduzir após a menopausa (Bibring et al., 1961; Colman & Colman, 1994; Golse, 2007).

A crise da gravidez, tal como os outros períodos críticos, traz novas condições à vida da mulher, constituindo uma crise não patológica, mas de mudança e de adaptação ao seu novo estatuto que é agora o de mãe (Cordeiro, 1994). Importa reafirmar que a gravidez, ainda que saudável, é um tempo desafiante a nível psicológico. Bibring (1959) e Bibring et al. (1961) foram pioneiros na realização de trabalhos na área da saúde mental materna e a constatar o estado de excepção das mulheres grávidas. No contacto com grávidas, raramente encontraram estados patológicos anteriores à gravidez, embora nesta, as mulheres apresentassem neuroses e pré-psicoses e no conteúdo das entrevistas existisse pensamento mágico, angústias primitivas, reacções paranóides e depressivas. Justo (1994, p. 111) considerou que "esta reacção à gravidez representa a possibilidade de viver uma crise psicológica sem permanecer submerso por ela".

Por outro lado, Bibring (1959) e Bibring et al. (1961) também observaram a remissão rápida dos estados mais graves, com investimentos psicoterapêuticos muito breves em que, estas mulheres, não mostraram dificuldades na adaptação à gravidez, ao parto e à maternidade. Concluíram que na gravidez há uma importante crise de desenvolvimento e de adaptação às novas condições corporais, psicológicas e familiares, observável através da psicoterapia de mulheres grávidas.

Estudos actuais confirmam que a adaptação psicológica à gravidez está associada a alguns factores individuais, relacionais e sociais com um peso muito significativo. Nestes incluem-se as variáveis sociodemográficas tais como a idade materna, o estatuto conjugal, o nível de educação, a paridade, o estatuto ocupacional durante a gravidez que por si só não são consideradas factores de risco independentes para o resultado do parto (Rodrigues & Barros, 2007). Acresce que o planeamento da gravidez é um factor de grande importância no resultado da mesma (Messer, Dole, Kaufman, & Savitz, 2005), assim como as variáveis

psicológicas, individuais e relacionais, como os recursos de coping, o apoio social e a qualidade do relacionamento conjugal das grávidas. Os níveis reduzidos nestas últimas variáveis criam, na mulher, vulnerabilidade física e psicológica no período de gravidez.

A forma como as grávidas lidam com a gravidez reveste-se de muitas variações individuais, desde logo na procura da informação disponível. Algumas mulheres procuram, constantemente, informação nova, outras mulheres aceitam e ficam confortáveis com a informação que lhes é facultada pelos profissionais de saúde. O mais importante é, sem dúvida, que tenham capacidade para lidar com a nova situação, através de estratégias que lhes permitam mudar favoravelmente, em função da gravidez e do bebé, que procurem cuidados de saúde, adaptem o seu estilo de vida e suprimam consumos aditivos.

A capacidade de lidar com problemas, ou coping, traduz-se pela “resposta efectiva à diminuição do stress e que melhor serve os interesses da pessoa, mesmo tendo em conta as consequências negativas geradas por essa resposta de coping” (Sowden, Sage, & Cockburn, 2007, p. 92). Durante a gravidez, segundo estes autores, a adaptação à mesma e o desenvolvimento das tarefas que a mulher tem pela frente, dependem, em parte, das suas respostas de coping. Estas respostas incluem: coping com a aceitação da realidade da gravidez; coping com o enfrentar as consequências de estar grávida; coping com as mudanças físicas; coping com a incerteza e a imprevisibilidade; coping com a mudança de papel e de relacionamentos; coping com a gestão inesperada e indesejável de acontecimentos e de complicações *minor* da gravidez. A grávida pode apresentar dificuldades na adequação das estratégias de coping e, se tal acontecer, torna prejudicial o bom desenvolvimento das tarefas da gravidez, sendo necessário proporcionar-lhe, ou ser-lhe proposto, um coping alternativo.

Um estudo levado a efeito por Pereira, Santos e Ramalho (1999) sobre a adaptação à gravidez explorou variáveis como o relacionamento conjugal, o apoio social e o coping (a partir do sentido de coerência) e a relação destas variáveis com a saúde física e psicológica da grávida. Mostrou que o coping (avaliado através do sentido de coerência) parece ter um efeito mediador nos factores de risco para a saúde física e psicológica da mulher e confirmou que a sintomatologia psicopatológica (medida pelo BSI – Brief Symptoms Inventory) é tanto menor quanto maior o apoio social, o relacionamento conjugal e mais adequadas as estratégias de coping.

O relacionamento conjugal e o apoio social mostraram-se positiva e significativamente correlacionados neste estudo mas, segundo Cranley (1981), um sistema

de apoio social forte não se limita às relações conjugais e, para Belsky (1984), as relações conjugais são apenas um dos aspectos do sistema de apoio.

Pereira et al. (1999), ainda no estudo atrás referido, mostraram que as mulheres com boa relação conjugal vêm o seu coping diminuído quando o companheiro reage negativamente à gravidez. Quando a relação conjugal é insatisfatória, a reação do companheiro não condiciona o coping da mulher e, nas mulheres que têm coping elevado, o relacionamento conjugal deteriora-se quando os maridos/companheiros reagem mais ou menos à gravidez, ou não sabem como reagir. Quando o coping das mulheres é baixo e estas reagem mal à gravidez, o relacionamento conjugal deteriora-se.

No mesmo estudo, verificou-se que o relacionamento conjugal se agrava na presença de complicações na gravidez quando o coping é elevado e que melhora ou prospera, na ausência dessas complicações. Quando o coping é baixo, a ocorrência de complicações na gravidez associa-se a uma melhoria no relacionamento conjugal.

É necessário compreender a gravidez como um momento de crise maturativa da vida, envolvida em profundas mudanças psicológicas e somáticas, durante a qual são despertados conflitos latentes e sensações de angústia, de modo a configurar uma transformação identitária, cuja finalidade é tornar a mulher em mãe (Benedek, 1959; Bibring, 1959; Bibring et al., 1961; Colman & Colman, 1994; Deutsch, 1944; Golse, 2007).

A gravidez não é apenas uma passagem do tempo, pelo contrário, segundo a perspectiva desenvolvimental, situa-se na interface entre o risco e a psicopatologia. As competências prévias da pessoa, neste caso da grávida, oferecem maior possibilidade de ter à disposição e de mobilizar recursos adaptativos, internos e externos, para se confrontar e lidar adequadamente com a nova exigência desenvolvimental. Estes recursos são orientados pela interação entre os factores protectores do indivíduo, o contexto familiar e o contexto social – a resiliência, que promoverá uma adaptação bem sucedida (Soares, 2000).

1.3.1. Transformações da identidade

A maioria dos autores é unânime em considerar que a gravidez e a maternidade transformam a mulher. Esta não voltará a ser a mesma pessoa pois, enquanto grávida, encontra-se perante um trabalho interno redobrado, de integração de duas identidades, individual e social. A mudança não deve atemorizar, mas também não deve ser vivida de

ânimo leve (e.g., Benedek, 1959; Bibring, 1959, Bibring et al., 1961; Colman & Colman, 1994; Deutsch, 1944; Golse, 2007; Stern & Stern, 2005).

O conceito de identidade é fundamental na obra de Erikson (1971). Na sua perspectiva, a identidade do ego (ego como responsável pelo trabalho de selecção e integração que origina o sentimento de identidade) resulta de um processo relacionado com o indivíduo mas também com a sociedade.

As mudanças na identidade iniciam-se desde que a mulher percebe que está grávida, pois deixa de ser uma pessoa singular e passa a viver com todas as alterações que a condição de ser mãe implica. As tarefas de reavaliação e de reestruturação da identidade (Canavarro, 2001) ou de integração da identidade parental (Colman & Colman, 1994) fazem parte do processo desenvolvimental da mulher, neste período da sua vida.

Stern e Stern (2005) consideram que pouco se tem escrito acerca do mundo interior onde é formada a nova identidade da mulher que vai ser mãe. Segundo os autores, esta organização psíquica não nasce num momento único determinado. Vai emergindo gradualmente, a partir do trabalho desenvolvido ao longo dos meses que antecedem e que se seguem ao nascimento do bebé, trabalho este conseguido no interior da mulher, na construção de uma estrutura psíquica, um “reino de experiências profundas e privadas” (Idem, p. 11), dando forma a uma nova identidade - o significado de ser mãe.

Na opinião dos autores supracitados, na mulher que vai ser mãe, surge uma organização psíquica materna que actuará como “estrela polar” na orientação da sua vida. Não se trata apenas da reorganização da sua vida mental, mas de uma organização totalmente nova que co-existirá e, muito provavelmente, influenciará a anterior. Quando a mulher se torna mãe, a organização psíquica pré-existente é passada para segundo plano, avançando a nova organização psíquica que vai preencher o centro da sua vida interior. Isto pode durar semanas, meses ou anos e pode ser determinado por condições externas, por realidades práticas e até económicas.

Ainda de acordo com os mesmos autores, esta nova organização psíquica materna permanece ao longo da vida, nem sempre ocupando uma posição central e nunca desaparece. Fica em segundo plano, pronta a avançar sempre que seja necessário. Assim, a organização mental específica da maternidade, profunda e contínua, torna-se uma nova e permanente parte da mulher, sendo usada intensivamente no início da maternidade e, depois, apenas é utilizada em determinadas ocasiões. A presença constante desta organização psíquica, tanto em primeiro como em segundo plano, transforma a mulher, como mãe, num ser humano único, não previsto pelas teorias psicológicas já existentes.

1.4. Manifestações psicofisiológicas da gravidez

O trabalho psicológico elaborado pela mulher no decorrer da gravidez é vantajoso no reajustamento da sua vida interior e exterior enquanto futura mãe. Alguns sintomas físicos típicos da gravidez traduzem conflitos emocionais decorrentes do contacto íntimo que a grávida tem com o seu mundo interior, ao qual dá agora mais importância.

Embora a investigação psicofisiológica aponte para a influência das hormonas sobre o sistema nervoso central e consequentes alterações psicológicas (Benedek, 1970), é impossível discriminar, separadamente, as complexas inter-relações entre os factores hormonais e os psicológicos. As hormonas parecem não criar emoções ou influenciar a qualidade e o conteúdo de um sentimento, podem sim influenciar a intensidade dos mesmos, cuja qualidade e conteúdo dependem do contexto, na vida interior e exterior da grávida (Colman & Colman, 1994).

Para conhecer as manifestações psicofisiológicas mais relevantes da gravidez, à medida que esta se desenrola no interior da mulher, segue-se uma divisão em trimestres que embora não sejam estanques, nem psicologicamente estáveis (Justo et al., 1999), tal como já antes referimos, facilitam a compreensão, indo ao encontro da maioria dos autores.

O Primeiro Trimestre

Neste primeiro período de gravidez, as experiências emocionais da mulher parecem ser determinadas pelas modificações fisiológicas intensas que criam um stress psicológico especial e cuja adaptação demora o seu tempo (Rofé, Blittner, & Lewin, 1993). Os clínicos consideram que estas respostas fisiológicas são consequência das alterações hormonais próprias da gravidez mas sabem que o seu significado vem do interior da mulher.

Quando se dá conta que vai ser mãe, a mulher fica preocupada com as outras figuras maternas da sua vida e questiona-se a vários níveis, como futura mãe e aos cuidados a que esteve sujeita por parte da própria mãe. Esta preocupação tende a desaparecer no início do segundo trimestre (Colman & Colman, 1994).

O acontecimento mais relevante deste trimestre é a descoberta da gravidez e tem um papel fundamental no início da relação mãe-filho (Sá, 1997), na rede de intercomunicação familiar (Maldonado, 1991) e na vivência básica da gravidez, com a modificação relevante do funcionamento psicológico da mulher (Colman & Colman, 1994). De acordo com esta perspectiva, é muito importante que os dois processos gravídicos, o do útero e o do espaço mental, se encontrem o mais cedo possível.

Após a descoberta da gravidez, e durante o primeiro trimestre, a ambivalência afectiva sentida pela mulher está presente e tem uma dimensão importante. Segundo Langer (1986), todas as gravidezes produzem uma situação de maior ou menor conflito e, na opinião de Maldonado (1991), não existe uma gravidez totalmente aceite ou totalmente rejeitada e a predominância de um sentimento não anula o sentimento oposto.

Os primeiros sintomas a expressarem a ambivalência são as oscilações de humor e a sensibilidade aumentada que correspondem a uma simultaneidade ou alternância de alegria, apreensão, irrealidade e, até por vezes, uma certa rejeição pelo feto. Esta labilidade emocional pode ter a sua origem na descoberta de uma nova situação que exige responsabilidades e aprendizagem, podendo, em consequência, aumentar a sensibilidade e a irritabilidade da mulher (Maldonado, 1991). Segundo Justo et al. (1999), a oscilação da ansiedade e dos mecanismos de defesa tornam este trimestre um período muito instável que se demarca dos dois trimestres seguintes.

Os sintomas ou manifestações comportamentais que ocorrem neste período, mostram como a gravidez pode ser imprevisível (Idem). São as alterações do funcionamento onírico (hipersónia e conteúdo dos sonhos), do funcionamento gástrico (náuseas e vômitos; desejos e aversões a alimentos e/ou bebidas, isto é, distúrbios do apetite) e do relacionamento sexual (alterações no desejo) que desaparecem, habitualmente, antes do meio da gravidez (Colman & Colman, 1994; Deutsch, 1974; Justo, 1994; Justo et al., 1999; Maldonado, 1991; Soifer, 1991).

A severidade das náuseas e dos vômitos, nas primeiras 12 semanas de gestação, está associada à presença de uma dieta inadequada, com refeições escassas e abundantes, mas também com uma comunicação medíocre com o cônjuge; com uma comunicação deficiente com o obstetra; o stress; dúvidas e informações incorrectas sobre a gravidez, parto e saúde do feto (Iatrakis, Sakellaropoulos, Kourkoubas, & Kabounia, 1988).

A alteração do funcionamento psicológico pode justificar-se a partir do investimento que a mulher passa a fazer em si mesma, em detrimento dos investimentos emocionais anteriormente colocados nas suas relações sociais, familiares e conjugais, envolvendo ganhos e perdas. Nesta altura, a mulher "(...) começará um imperceptível processo de desinvestimento no seu meio exterior e nas suas relações habituais. Preocupando-se cada vez mais com o seu bebé e com o desenvolvimento dos seus atributos maternos, a futura mãe incrementa necessariamente o seu interesse narcísico por si própria e pela unidade mãe-feto" (Justo, 1994, p. 126).

O Segundo Trimestre

Do quarto ao sexto mês, desenrola-se o segundo trimestre da gravidez constituído pelos chamados meses calmos (Colman & Colman, 1994), ou a fase emocionalmente mais estável (Maldonado, 1991; Justo et al., 1999). A mulher acredita agora na sua gravidez, não tem sintomas físicos incómodos e já não há ameaça de aborto. Neste trimestre, o acontecimento mais importante para a grávida é a percepção e a interpretação dos movimentos fetais. Salientam-se, também, as alterações da imagem corporal e do conteúdo onírico.

Soifer (1991), ao contrário dos autores supracitados, afirma que, neste período, a ansiedade é dominante levando a distorções da percepção dos movimentos fetais, caracterizada pela sua negação até uma etapa tardia da gravidez ou pela projecção acerca desses movimentos como intensos e violentos. Maldonado (1991) considera que a percepção que a grávida tem dos movimentos do seu bebé (suaves ou violentos) corresponde à maneira como o percebe e às características que lhes atribui. Não há predomínio da ansiedade neste trimestre, mas a ansiedade pode tornar-se predominante conforme a representação que a mãe tem acerca destes movimentos.

Para a maior parte das mulheres, sentir o bebé é uma forma de gratificação pelo mal-estar que passaram nos primeiros meses contribuindo para os sentimentos de personificação do feto. A percepção dos movimentos fetais favorece a aceitação da gravidez, caso esta ainda não tenha ocorrido. Embora todas as mães sintam os movimentos fetais, há mulheres que parecem muito insensíveis a estes movimentos. Provavelmente, não será falta de sensibilidade, mas medo, pois as mães que têm muito medo de fazer mal ao bebé têm muita dificuldade em falar dos movimentos do feto (Piontelli, 1995), podendo negá-los.

Os movimentos fetais são indicadores do bem-estar fetal. A identificação da mudança na actividade fetal e a contagem de movimentos ajudam a reduzir a possibilidade de nascimento de nados-mortos. Esta circunstância pode ser geradora de ansiedade na mãe, que se mantém alerta, à medida que a gravidez avança. O impacto dos movimentos fetais no futuro pai, que habitualmente reage com satisfação ao tentar senti-los através do ventre da mulher, produz a mobilização da inveja pela impossibilidade de sentir o feto desenvolver-se dentro de si (Maldonado, 1991).

A imagem do corpo é um outro aspecto fundamental vivido durante a gravidez. Neste trimestre, as mudanças corporais tornam-se evidentes e podem ser fonte de preocupação na mulher ao aperceber-se, nesta altura, que não controla totalmente essas

mudanças pois elas são causadas pelo bebê (Colman & Colman, 1994). Essas modificações corporais podem ser sentidas por umas mulheres com orgulho pelo corpo grávido e, por outras, com incômodo ou como uma deformação que ocasiona dificuldades na relação com o companheiro, nomeadamente em termos sexuais. O receio da irreversibilidade da forma do corpo tem um significado simbólico profundo, de modificação de si própria como pessoa, pela experiência da maternidade, de perder a identidade anterior e de se transformar numa outra pessoa, com mais perdas do que ganhos (Maldonado, 1991). Apesar disso, para as mulheres, o aumento de peso é mais aceitável na gravidez do que fora desta (Davies & Wardle, 1994). Estes estudaram a imagem do corpo e a dieta na gravidez e concluíram o seguinte: o papel de grávida, observado pela imagem do corpo, confere aceitação e respeito; as grávidas controlam muito menos o peso do que as não grávidas; as grávidas sentem-se menos insatisfeitas com o tamanho da massa corporal do que as não grávidas e a escolha de ideal de corpo para estas mulheres continua a ser o corpo não grávido.

As modificações na forma do corpo estão ligadas a alterações da sexualidade por parte da mulher mas também à atitude do marido face a essas modificações. Neste período há registo de mulheres que dizem ter melhoria da sexualidade e sexualidade acrescida (Caplan, 1960; Colman & Colman, 1994; Master & Johnson, 1966).

Neste trimestre, a mulher fica mais calma, retraída e concentrada em si mesma, sentindo necessidade de receber mais afecto, carinho e atenção, sobretudo por parte do marido (Maldonado, 1991). Perante o medo de não conseguir controlar as alterações da gravidez, a grávida sente necessidade de alguém que tome conta dela, podendo fazer um movimento de regressão, com transferência da dependência face à mãe para a dependência face ao companheiro (Colman & Colman, 1994).

A mulher faz uma reavaliação da sua relação emocional, necessária para que se dê a reintrodução do bebê na relação. Este é o momento oportuno para a primípara reavaliar as relações críticas da sua vida, coisa que a múltipara já terá feito na sua primeira gravidez e, porventura, em gravidezes seguintes se as houve (Zimmermann, Bertagni, Siani, & Micciolo, 1994).

Durante este trimestre, o conteúdo onírico relaciona-se com algo que está a acontecer a outra pessoa, ou sobre um estranho. A mulher pode ficar pela primeira vez assustada (Colman & Colman, 1994). Este estranho, na opinião de Justo (1994), mais não é que o objecto para o qual a mulher transferiu a sua dependência - o marido, sendo necessário consolidar o seu apoio. "O marido passa a constituir o garante da reserva de recursos necessários para enfrentar a ameaça que aí vem" (Idem, p. 135).

As alterações do sono e dos conteúdos oníricos oferecem uma perspectiva importante na compreensão dos desafios da gravidez, dos conflitos não resolvidos e do desenvolvimento precoce de problemas. As fantasias e os sonhos desvendam alterações no funcionamento psicológico. "Os sonhos parecem invadir a imaginação à medida que o feto ocupa o abdómen" (Colman & Colman, 1994, p. 49).

Ablon (1994) mostrou a importância dos sonhos durante a gravidez e de que forma estes facilitam o trabalho de análise a longo prazo. Segundo Mancina (1990), um sonho é uma espécie de pensamento totalmente dirigido ao mundo interior, numa continuação do pensar da vida diurna, povoada de fantasias inconscientes.

O Terceiro Trimestre

A partir desta altura, o bebé pode nascer a qualquer momento, com viabilidade e a mulher começa a preparar-se para o parto, o que significa a preparação para a separação. Estamos num tempo de fantasias intensamente dirigidas à caracterização do filho, com atributos físicos e psicológicos próprios, que possibilitam a separação (Salvatierra, 1989). Trata-se de uma época de preocupação quanto ao parto, de receios quanto à possibilidade de cuidar do bebé ou de ser uma boa mãe (Soifer, 1991).

Rofé et al. (1993) afirmaram que a ansiedade e os distúrbios emocionais se tornam os sintomas mais significativos desta época. No entanto, Justo et al. (1999) sinalizam o terceiro trimestre como um período estável no que se refere à ansiedade e aos mecanismos de defesa. Neste trimestre, a grávida volta ao estado de ambivalência, para além dos medos, das alterações na sexualidade e do funcionamento onírico bem como dos sintomas psicossomáticos.

A ambivalência deve-se à iminência do termo e à angústia que lhe está ligada, lembrada constantemente pelo tamanho do abdómen e pelas contracções uterinas que começam a dar sinal. Esta ambivalência manifesta-se pelo desejo simultâneo de que o nascimento aconteça e de que a criança se mantenha no interior do corpo materno, para prolongar o estado de simbiose que permite à mãe imaginar-se a ocupar, ela mesma, o lugar protegido e seguro do seu filho (Sachs-Nerson, 1992). A ambivalência em relação ao parto traduz-se pela articulação entre o ganho relacional que advém da introdução do bebé na vida familiar e a perda relacional própria do estado de gravidez (Justo, 1994).

Os medos da grávida são habitualmente expressos em sonhos e fantasias. Os sonhos com conteúdos ansiógenos são frequentes (Colman & Colman, 1994). As fantasias são,

usualmente, de autopunição e têm que ver com o medo de morrer no parto, de ficar com deformações ou de ter um filho malformado (Maldonado, 1991).

No que se refere à sexualidade, factores psicológicos e físicos, ou mesmo conselhos médicos, podem diminuir a expressão sexual (Colman & Colman, 1994; Master & Johnson, 1966).

Neste trimestre, os sintomas psicossomáticos advêm das dúvidas que restam à mulher sobre o regresso à sua antiga forma. Estamos a presenciar uma época cheia de desconfortos físicos provocados pela rápida modificação da imagem corporal, a dilatação máxima do útero, a perda de agilidade e flexibilidade, os edemas e a compressão da bexiga. A insónia é a queixa mais comum.

No nono mês, com o encaixe pélvico do bebé e conseqüente alívio da pressão diafragmática, a mulher sente-se mais confortável voltando a sentir energia para se ocupar das suas actividades. Esta energia parece ser acelerada pela ansiedade face à perda de controlo no parto, pelos sentimentos depressivos sobre a perda possível do bebé e pelas responsabilidades que terá em breve (Colman & Colman, 1994, p. 85), ansiedade esta que não é benéfica para o relacionamento precoce das mães com os seus bebés, pois estes nascem com maior irritabilidade (Justo, 1994).

1.5. Representação psíquica do feto

Durante o período em que os pais se preparam física e psicologicamente para receber o bebé, este ocupa já um lugar no seio da família que o aguarda com grande expectativa e começa a ter "vida psicológica" para os futuros pais (Justo, 1994).

A relação da mãe com o feto é modelada pela sua vida imaginária, consciente e fantasmática ou inconsciente, que servirá de prelúdio à relação que vai estabelecer posteriormente com o filho (e.g., Brazelton & Cramer, 1993; Condon & Corkindale, 1997; Lebovici, 1987, 1998; Mazet & Stoleru, 1990). Esta relação está ligada à vida afectiva da mãe e às suas relações com o pai do bebé mas também, muito mais profundamente, à sua história e às relações com as imagens parentais (Mazet & Stoleru, 1990).

No psiquismo da gestante decorrem três gravidezes em simultâneo, o feto que cresce no ventre materno, a organização psíquica da maternidade e o bebé imaginado que toma lugar na sua mente (Stern & Stern, 2005).

Entre a mãe e o feto, estabelece-se uma relação próxima, diferente de qualquer outra relação. Na opinião de Raphael-Leff (2009) esta é a única relação em que os protagonistas são invisíveis um ao outro e, apesar de a mãe poder sentir o bebé, não pode ter certezas objectivas de como é aquele bebé que está dentro de si (as formas, os membros, a pele, etc.). Este vazio é insuportável e, ambos os pais preenchem-no criando uma determinada personagem - o bebé imaginário (Cramer, 1995), marcada umas vezes por traços ideais ou criança mágica, projecção da perfeição (Colman & Colman, 1994) e, outras vezes, por traços aterrorizadores (Cramer, 1995).

Golse (2007) admitiu que a criança imaginária é filha do desejo e dos sonhos dos pais, é razoavelmente representável e pode ser expressa em palavras com uma certa facilidade porque pertence ao sistema pré-consciente (ao contrário do feto que não é passível de representação até ao momento do nascimento, o que pode causar um sentimento de inquietante estranheza nos pais). Aquela criança é investida na qualidade de reparação, realização e compensação para os adultos e suas famílias, participando na transmissão transgeracional e intergeracional². Os pais que vão dar vida, são portadores de marcas significativas da sua história transgeracional que serão transmitidas ao filho tal como o são as marcas biológicas (Bydlowski, 2006).

Segundo Stern e Stern (2005), a construção da imaginação sobre o bebé tem como padrão mais comum a décima segunda semana de gestação, momento em que está garantida a viabilidade da gravidez, principalmente no caso de más experiências prévias ou de gravidez de risco aumentado. Existem, contudo, algumas mulheres que precisam ainda de mais tempo para poder atribuir características aos seus bebés. Os autores afirmam, ao contrário de Golse (2007) e de Raphael-Leff (2009), que durante o quarto mês de gestação a experiência com o feto verdadeiro dá um grande “empurrão” ao bebé imaginário, quer a partir da ultrasonografia que tem imagens muito precisas do feto, quer com a percepção dos movimentos fetais activos. E, entre o quarto e o sétimo mês, a maioria das futuras mães dá livre curso à imaginação à medida que o esboço do bebé se torna cada vez mais elaborado.

²Os conceitos transgeracional e intergeracional são distintos (Abraham & Torok cit. in Golse, 2007) e pretendem mostrar a influência do mundo representacional dos indivíduos de uma determinada geração na geração seguinte e por onde actuam os fenómenos de transmissão que suportam essa influência. A transmissão transgeracional faz-se entre gerações sem contacto directo, no sentido descendente e segue, essencialmente, as vias de comunicação verbal (digital) e as suas particularidades estruturais (fenómenos do não dito, por exemplo). A transmissão intergeracional faz-se entre gerações com contacto directo (pais e filhos), pode efectuar-se nos dois sentidos e passa sobretudo pelas vias de comunicação não verbal ou pré-verbal (analógica). Actualmente esta distinção não é usada por todos, prevalecendo a expressão transmissão transgeracional para ilustrar qualquer das situações (Golse, 2007).

Também Bydlowski (2006) contradiz estas ideias, de acordo com outros autores, ao referir que a imagem ecográfica produz pouca emoção na grávida, estando os seus benefícios reservados ao pai que, com a visualização do bebé no seu todo, pelas 15 semanas, vê promovido o início da vinculação paterna.

Piccinini, Gomes, Moreira e Lopes (2004) consideram que o bebé imaginário funda as expectativas da mãe em relação ao seu bebé real, expectativas que são mais intensas e frequentes no segundo trimestre de gestação, momento em que o feto anuncia a sua existência através dos movimentos fetais.

Para além do bebé imaginário, há a criança fantasmática que pertence ao nível inconsciente e apela a um conjunto de cenários, de representações e de sinais significativos, resultantes das histórias dos pais, influenciada pela transmissão transgeracional, relativamente ao que será a vida no futuro e à sua existência no psiquismo parental (Golse, 2007). Estes bebés, imaginário e fantasmático, têm lugar no mundo interior da mulher (e do homem) e coexistem com as tarefas e as novas experiências que, muitas vezes, impedem as mães de terem disponibilidade para identificarem as mudanças internas que nela estão a ocorrer.

Por ocasião de todas as gravidezes, a criança imaginária e fantasmática ganha forma, de uma maneira singular, ocupando espaço no psiquismo de cada um dos seus pais. A grávida mantém relações reais e imaginárias com o seu bebé, ao mesmo tempo que mantém outras relações com o seu ambiente e com a sua vida material. Nas palavras de Lebovici (1987, p. 263) "eles dão-lhes uma impressão misteriosa; elas espreitam-nos".

Bydlowski (2006) e GoIse (2007) apresentaram quatro etapas para a passagem de uma relação narcísica a uma relação objectal³, da mãe com o seu bebé. Na primeira etapa, o objecto é puramente interno - a transparência psíquica⁴. Corresponde a um período em que o bebé, possuindo já uma certa materialidade, ainda não é, para a mãe, um objecto externo. Na segunda etapa, o objecto é interior ao nível físico, mas já psiquicamente exterior - o bebé no corpo da mãe. É o período pré-natal da preocupação maternal primária⁵. A terceira

³O modelo da relação de objecto teve a sua origem na obra de Abraham no início do séc. XX mas foi desenvolvido sobretudo por Klein (1921-1945). O objecto designa uma pessoa (sujeito) ou um aspecto de uma pessoa investida de energia psíquica. Os objectos são fantasmáticos e afectivos, exteriores e interiores (Klein, 1982; Houzel, 2003).

⁴A transparência psíquica da mulher grávida (Bydlowski, 2006) descreve as modificações que a experiência psicossomática da gestação impõe, progressivamente, ao funcionamento mental da grávida, para lhe permitir fixar o interesse pelo bebé, para imaginá-lo na sua família, para imaginar uma identidade de mãe e para se envolver na experiência do parto e do encontro com o recém-nascido.

⁵A preocupação maternal primária, conceito descrito por Winnicott em 1956, traduz a capacidade das mulheres, ainda durante a gravidez e depois de dar à luz, de se identificarem e adaptarem às primeiras

etapa reporta-se ao objecto a nível físico, mas psiquicamente ainda interior. Nas primeiras semanas do pós-parto, a atenção psíquica da mãe vai focalizar-se no recém-nascido (preocupação maternal primária pós-natal) fora do útero, mas com o qual está em ligação graças aos vestígios mnésicos, extremamente camuflados e intensivamente reactivados que se centram no bebé que a mãe foi. Na quarta e última etapa, o objecto é completamente externo. Este investimento no bebé, na qualidade de objecto externo (sujeito), tem o seu correspondente apenas ao nível das representações mentais que a ele se associam. A emergência do bebé como sujeito é variável conforme o modo e o tempo dos progenitores.

No domínio clínico, este equilíbrio não se faz sempre de forma gradual e nem sempre é coincidente com a transição anatómica do nascimento. Existem várias combinações das vertentes narcísicas e objectais durante o período perinatal. Podem-se colocar algumas dificuldades à fantasia maternal: uma fixação de interesse, maioritariamente objectal, na realidade biológica do feto durante a gravidez, opondo a opacidade à transparência psíquica habitual e uma fixação de interesse maioritariamente narcísico que voltaria a actualizar, na interacção com o bebé, os cenários traumáticos da nevrose infantil dos pais, no período pós-parto (Golse, 2007).

Há mães que não conseguem investir no bebé nem esperar nada dele, por medo de que a realidade não satisfaça os seus desejos. Neste caso, é nos pensamentos, nas sensações e nas intensas preocupações que tal se manifesta, comprometendo a relação mãe-bebé (Raphaell-Leff, 1997). Também há alguns pais que investem mais a gravidez do que o bebé e a sua visão da maternidade e da paternidade é mais idealizada do que real. Estes pais podem ter dificuldade na criação de um espaço mental para a criança real (Figueiredo, 2000).

Com a finalidade de esquematizar as permutas emocionais da mãe com o feto, no que se refere ao significado que o feto tem para a mãe, Raphaell-Leff (2009) criou o “paradigma placentário” que focaliza o intercâmbio imaginado pela mãe, entre si própria e o seu “ocupante”. É um processo de duas vias; enquanto uma leva subsistência ao bebé, a outra, recebe e filtra as impurezas que dele provêm.

necessidades do bebé. É uma organização da normal identificação projectiva entre a mãe e o filho, que permite a partilha de experiências de um aparelho psíquico adulto que encerra e dá sentido às experiências de um aparelho psíquico em evolução. A focalização da vida psíquica da mãe em torno das necessidades do seu bebé é acompanhada por uma desvalorização de qualquer outro pólo de interesse. Esta situação de profunda identificação com a “prematividade” do bebé vai-se desenvolvendo, gradualmente, desde a gravidez, até atingir um grau de sensibilidade acrescido, por volta da altura do parto, durando ainda umas quatro semanas após o nascimento (Winnicott, 1993).

Este paradigma é, para a gravidez, semelhante à teoria de mãe continente (Bion, 1991), através da *rêverie* materna⁶ no período pós-natal. Com o paradigma placentário, Raphaell-Leff (2009) afirma que a futura mãe está a ser mãe continente do seu filho antes de nascer. Está a dar e a receber, a nutri-lo e, também, a metabolizar os detritos por ele produzidos no seu próprio corpo. Nestas circunstâncias, algumas grávidas sentem o bebé como presença benigna, outras sentem-no como parasita invasor. A gravitação, para uma das posições, depende da orientação emocional da mãe em cada gravidez, das suas defesas e da avaliação que a grávida faz de si própria e dos seus sentimentos em relação àquela criança.

Em relação à maternidade e ao bebé, Raphaell-Leff (2009) considera que é possível, durante a gravidez, delinear três orientações gerais, ou perfis maternos, que divergem uns dos outros e que são preditores da maternidade após o nascimento. São os perfis de mãe facilitadora, mãe reguladora e mãe reciprocadora.

A mãe facilitadora envolve-se profundamente; apercebe-se da concepção muito cedo, pois tem esse grande desejo há longos anos e a sua vivência da gravidez é muito excitante, podendo até ser narcísica – o bebé é visto como o ser idealizado que a completa. Estas mulheres confiam na sua qualidade de ser mãe, identificam-se e adequam-se ao bebé. A mãe reguladora representa as mães evitantes, para as quais a gravidez é um “entediante” meio de ter um filho. Estas mães querem que a gravidez passe depressa e usam defesas para se protegerem. O feto pode ser vivido como invasor ou como um intruso que ameaça o seu self. A mãe reciprocadora é ambivalente. O seu desejo é terminar a gravidez para que possa encontrar o filho que carrega no ventre. Estes perfis têm os seus efeitos na gravidez e, por consequência, na relação que as mães estabelecem com o filho após o nascimento.

Brazelton e Cramer (1993), na perspectiva de preparação do encontro entre pais e bebé no período pós-natal, mediada pela relação estabelecida durante a gravidez, enunciaram três tarefas que os pais devem desenvolver em relação ao feto: a adaptação à notícia da gravidez, ponto de partida para a interiorização da existência do feto; começar a reconhecer o feto como um ser que irá separar-se da mãe (ocorre com a percepção dos movimentos fetais) e encarar o futuro filho como indivíduo, sendo que o feto contribui para a sua individualização através de movimentos e níveis de actividades distintos.

⁶A *rêverie* materna, segundo Bion (1991), é a função alfa que se funda na função continente do modelo continente/conteúdo, ou seja, é o estado mental materno que está aberto à recepção das identificações projectivas vindas do objecto amado, sejam elas sentidas como boas ou como más, e é capaz de as transformar e devolver. É a capacidade materna para pensar o filho com amor, prestar-lhe atenção e tentar compreendê-lo/conhecê-lo. Este é o primeiríssimo modo de comunicação entre a mãe e o bebé e está na origem do pensar.

O investimento feito pelas mães na construção psíquica do bebé possibilita-lhes o exercício da maternidade e facilita o encontro com ele. O conhecimento do bebé antes do nascimento carrega muitos simbolismos, sendo muito importante para as mães e para o bebé. Conhecer o género, entre outras características, é um dos aspectos que pode ajudar a materializar a relação que as mães estabelecem com o seu filho. Para a maior parte das mães, saber o sexo do bebé antes do nascimento possibilita conhecê-lo, atribuir-lhe identidade, expectativas, sentimentos, características próprias e de saúde, para além de facilitar, as interacções reais e fantasmáticas, o mais precocemente possível (Brazelton & Cramer, 1993; Piccinini et al., 2004).

1.6. O nascimento psíquico do bebé

O nascimento psíquico do bebé e a continuidade da vida psíquica entre o antes e o depois do nascimento tem sido um assunto de grande relevância nas últimas décadas. Winnicott (1975, 1993) destacou a continuidade entre os períodos pré-natal e pós-natal, ao pressupor que as bases da saúde mental da criança são criadas pela mãe e se devem ao fluir constante dos cuidados maternos.

A relação da mãe com o seu filho começa no período pré-natal com uma situação de grande simbiose entre ambos. As relações orgânicas são extremamente íntimas, havendo uma imensa riqueza de trocas, pois o feto está ligado à mãe através dos laços sanguíneos feto-placentários, ocorrendo interacções por intermediários químicos e neurosimpáticos. Através destas trocas fisiológicas, também a vida emocional da mãe parece ter efeitos sobre a vida emocional do bebé (Lebovici, 1987; Mazet & Stoleru, 1990).

A citação de Freud, de 1926, em “Inibição, sintomas e angústia” afirma “(...) há muito mais continuidade entre a vida intra-uterina e a primeira infância do que a impressionante cesura do acto de nascimento nos deixaria pensar (...)”, pretendeu mostrar que os apoios ou mecanismos íntimos da transmissão psíquica se constroem desde o período fetal da vida. Cinquenta anos mais tarde, em 1976, Bion comentou a citação de Freud, num colóquio sobre estados-limite, e acrescentou que o acto do nascimento equivaleria mais a uma cesura do ponto de vista do observador do que do sujeito, como se fosse uma questão visual, uma ilusão de óptica (Golse, 2007). O trabalho, de um lado e do outro do nascimento físico, através da passagem da vida amniótica para a vida aérea consistiria, segundo Golse (2007, p. 270), “(...) em organizar as suas turbulências e as suas

“vivências emocionais” em conteúdos de pensamento cada vez mais complexos, mas sempre assentes no registo originário que forma a sua verdadeira matriz organizadora (orientação, tradução, complexificação e estabilização)”. Assim, o desenvolvimento psíquico deve ser compreendido tendo em conta o período pré-natal e os processos de complexificação progressiva e estratificada e não os estados (Bion, 1991).

Os autores, em geral, concordam que não há uma sobreposição fácil e simples entre a questão do nascimento físico e psíquico. Houzel (2010) refere-se a áreas psíquicas já nascidas a par com outras ainda não nascidas, disponíveis no bebé no momento em que nasce. As partes por ele referidas como não nascidas seriam, provavelmente, as que ainda não foram contidas, trabalhadas e transformadas pelo psiquismo do outro – a mãe. As outras teriam sido já pensadas por ela.

A génese pré-natal do objecto (como “pensar em” sem estar “fora de”) remete para a sensorialidade fetal, desenvolvida com grande precisão, a qual levaria a que, por exemplo, a descontinuidade dos sons, particularmente da voz materna, fornecesse uma pré-forma de problemática posterior do par ausência-presença do objecto, durante a vida pós-natal. Também as actividades táctil, gustativa, olfactiva e cinestésica seriam inscrições sensoriais pré-natais que constituiriam o primeiro tempo deste traumatismo, construtivo e estruturante, um primeiro tempo de espera pelo encontro pós-natal, com as irregularidades da presença do objecto externo (Golse, 2007).

A questão do pensamento continua a colocar-se. Se entendermos que pensar é uma actividade reflexiva do tipo “pensar-se, pensando”, será difícil aceitar que o feto pensa. Pensar pressupõe o acesso a um nível de consciência de um sujeito capaz de se pensar na primeira pessoa. Neste caso, o que importa é a hipótese de uma vida pré-natal, mesmo que esteja apenas ao nível de uma inscrição psíquica não reflexiva, representando um pressuposto fundamental e necessário, sem o qual a reflexão sobre o lugar da vida intra-uterina não se colocaria, enquanto marcas que projectam o feto no futuro (Idem).

A investigação com tecnologia sofisticada e não invasiva, utilizada em estudos com recém-nascidos e com bebés prematuros tem ilustrado a continuidade entre a vida intra-uterina e pós-natal. Estes estudos têm promovido um novo olhar sobre o desenvolvimento psíquico do bebé, inclusivamente a nível da memória, mostrando as capacidades do feto anteriores ao nascimento, a nível sensorial, mnésico e neurocomportamental, como em seguida vamos destacar. Além disso, uma nova postura foi assumida na relação possível entre a mãe e o bebé e entre o pai e o bebé, no que se refere às possibilidades interactivas e

ao estabelecimento precoce da relação entre ambos, ou da vinculação pré-natal, como abordaremos mais adiante neste trabalho.

No que se refere às capacidades sensoriais, o tacto, o paladar, o olfacto, a audição e a visão, segundo Delassus (2001) e Molitor e Hsu (2007), estas tornam-se funcionais entre as oito e as vinte e seis semanas de gestação. O início da sensibilidade táctil acontece ainda um pouco mais cedo, por volta da sétima semana de gestação, na região peribucal. O seu desenvolvimento é cefalo-caudal; às doze semanas o feto reage com movimento rápido dos dedos quando é tocado e às catorze semanas a sensibilidade a estímulos externos está presente na maior parte do corpo. Na vigésima semana, há sensibilidade táctil em toda a pele e mucosas. Durante a gestação, o feto pode afastar-se de um estímulo e, mais tarde, aproximar-se de uma fonte de estimulação.

As capacidades gustativas e olfactivas dos fetos estão muito ligadas. Sabores e odores passam da mãe para o feto através do líquido amniótico e do sangue, em contacto com o nariz, a boca, a circulação sanguínea e os movimentos respiratórios que ocorrem a partir das dez semanas. O paladar inicia-se com a formação das papilas gustativas, entre a sétima e a nona semana e a sua maturidade dá-se às treze semanas. A resposta a estímulos, através do paladar, surge às vinte e oito semanas. O início da diferenciação dos receptores olfactivos ocorre à quinta semana e, às vinte e cinco semanas, esta competência está em pleno funcionamento.

Os autores referenciados apontam para que, no que se refere à audição, às dez semanas a cóclea esteja formada e às vinte semanas se encontre madura e funcional. Às vinte e duas semanas detectam-se respostas a estímulos acústicos (visíveis através de indicadores fetais tais como o aumento da frequência cardíaca). Verifica-se a aprendizagem e memorização da voz materna, de sons internos e de sons externos.

É também, nesta altura, pelas vinte e duas semanas de gestação, que o feto discrimina e tem preferência pela voz materna. Às vinte e oito semanas reage a sons exteriores e o seu conjunto auditivo está funcional. Na segunda metade da gestação a resposta auditiva pode ser observada (Idem).

O desenvolvimento da visão tem início às oito semanas e, até às quinze semanas, o nervo óptico de cada olho está completo. Na vigésima semana, com a abertura e fecho das pálpebras, a visão está preparada para a captação de luz que atravessa a parede abdominal. A maturação do sistema visual e dos movimentos oculares tem início às vinte e cinco semanas. Este parece ser o sentido que mais continua a desenvolver-se após o nascimento, talvez devido à imaturidade da estrutura das vias neurais no final da gestação (Ibidem).

O funcionamento e o desenvolvimento neurocomportamental do feto tornaram-se conhecidos através das técnicas de ultra-sons e de monitorização fetal. Estas ajudaram a compreender as origens do comportamento humano e o desenvolvimento saudável, a nível do sistema nervoso central e periférico. A actividade motora, o ritmo cardíaco, os estados comportamentais e a resposta aos estímulos são os aspectos tipicamente envolvidos na avaliação neurocomportamental (Molitor & Hsu, 2007).

No que se refere à actividade motora, os primeiros movimentos do feto surgem entre as sete e as dezasseis semanas de gestação. No primeiro e no segundo trimestres, a actividade motora é constante, com movimentos amplos que se vão restringindo, mas que se tornam cada vez mais precisos (Delassus, 2001). À medida que se vão desenvolvendo estes movimentos, aumenta o repertório do feto, desde os grandes movimentos como esticar e rodar, até aos movimentos pequenos e específicos de partes do corpo, como movimentos da cabeça, dos olhos, dos dedos, abertura da mandíbula e contacto mão-cara. À medida que o feto se vai desenvolvendo, os movimentos coordenam-se e organizam-se. Os movimentos fetais ocorrem com menos frequência, mas com maior vigor, na segunda metade da gestação e os rapazes são mais activos do que as raparigas (DiPietro, Hodgson, Costigan, Hilton, & Johnson, 1996).

Segundo Delassus (2001), no terceiro trimestre, a actividade motora organiza-se como resposta comportamental a estímulos cinestésicos, auditivos, vestibulares e visuais, posturas e comportamentos motores específicos externos e internos. O equilíbrio é uma capacidade importante do desenvolvimento fetal. O labirinto inicia-se pelas sete semanas e meia e, às catorze semanas, está formado. Às vinte semanas, os neurónios vestibulares estão funcionais. O ritmo cardíaco fetal oscila entre 120 e 160 batimentos por minuto, o que corresponde ao dobro da frequência cardíaca dos adultos. O aumento do ritmo é uma resposta do sistema nervoso simpático. Após as vinte e oito semanas, as desacelerações são sinal de patologia e o aumento da frequência cardíaca, acompanhada de movimentos fetais activos, é sinal de bem-estar fetal. Esta avaliação é feita por rotina no último trimestre de gravidez através do registo cardiotocográfico.

De acordo com Delassus (2001) e com Molitor e Hsu (2007), os estados comportamentais do feto podem observar-se após as 28 semanas, altura em que se presenciam ciclos de actividade. Às trinta e cinco semanas, o feto tem quatro estados comportamentais totalmente desenvolvidos que correspondem ao sono e vigília do recém-nascido (sono profundo, sono leve, acordado e acordado activo).

Nos últimos meses de gravidez, o feto tem já definidos três estados de sono e vigília, tem os seus ritmos próprios e tem uma actividade variável ao longo do dia. "Cada feto tem o seu próprio padrão de actividade diária e, tais padrões, não têm relação com o período do dia em que a mãe está acordada" (Rayburn, 1982, citado por Piontelli, 1995, p. 43). Os ritmos da mãe e do feto vão sendo entrelaçados juntos, numa sincronia em que cada um vai conhecendo o outro. O feto faz experiências e é modulado pelas experiências da mãe (Brazelton, 1992).

A responsividade do feto, com aumento da frequência cardíaca e mais movimentos corporais, corresponde à resposta a estímulos sonoros ou vibratórios vindos do exterior do útero. Se o estímulo se tornar repetido, o feto diminui a resposta com o efeito de habituação. Este comportamento é saudável e denota a capacidade de auto-regulação e de processamento da informação (Molitor & Hsu, 2007), que virá a ser utilizada no período pós-natal.

Os recém-nascidos mostram uma variedade de paradigmas da aprendizagem, habituação, condicionamento clássico, aprendizagem associativa e imitação, todos processos de funcionamento da memória que levaram ao abandono da ideia segundo a qual o feto ainda não tinha esta função (Hepper, 1996).

As origens desenvolvimentais da memória no período pré-natal são, provavelmente, funções rudimentares e o nascimento marca uma transição no funcionamento da mesma. Segundo o autor atrás referido, a memória fetal tem um número específico de funções que dependem da aprendizagem e dos estímulos pré-natais particulares, tais como: o desenvolvimento da vinculação, devido à capacidade de reconhecimento materno em que o bebé prefere a voz e o cheiro da mãe após o nascimento; o reconhecimento e resposta a estímulos familiares, da mãe e do ambiente; o estabelecimento da amamentação natural, possibilitando que os sabores da dieta no líquido amniótico sejam reconhecidos no colostro, reforçando a preferência do bebé pela mama e a aquisição da linguagem, através do reconhecimento da língua nativa.

Ainda referenciando o autor supra-citado, a memória fetal, talvez sem a complexidade da memória do adulto, é suficiente para os progressos do recém-nascido no novo mundo, após o parto. O bebé é gravado no futuro através do feto que o inscreve na história da sua filiação a partir das marcas mnésicas, sensitivo-sensoriais da vida fetal (marcas portadoras da história da gravidez e talvez da história da sua filiação no seu todo, através das interacções feto-maternas que suportam a organização dos precursores da vinculação e da sintonia afectiva).

O desenvolvimento cerebral começa muito cedo, durante a segunda metade do primeiro mês de gestação. Forma-se a partir de uma placa neural que se transforma no tubo neural, onde uma extremidade dá origem ao cérebro e a outra à medula espinal. A partir daqui, começam a desenvolver-se os neurónios, o que se mantém depois do nascimento (Molitor & Hsu, 2007). O desenvolvimento neurocomportamental do embrião ou do feto é afectado pela exposição pré-natal a substâncias nocivas, tais como o tabaco, o álcool ou as drogas ilícitas causando efeitos teratogénicos, o que deve ser motivo de sensibilização social.

Um aparente período de transição neurocomportamental parece existir entre as vinte e oito e as trinta e duas semanas de gestação e que poderá ser o sucesso do resultado desenvolvimental dos bebés que nascem pré-termo. Este período marca uma maturidade neurológica que permite a sobrevivência extra-uterina e a competência para o desenvolvimento, apesar de este continuar depois das trinta e duas semanas de gestação (DiPietro et al., 1996).

Estudos transculturais realizados em Baltimore e em Lima (DiPietro, Caufield, Costigan, Nguyen, & Zavaleta, 2004a) mostraram que não são consistentes as diferenças na actividade motora dos fetos dos diferentes países, assim como não foram detectadas diferenças entre os sexos no desenvolvimento neurocomportamental.

No entanto, neste estudo, os fetos peruanos evidenciaram maior frequência cardíaca, menor variabilidade, menos acelerações e menor frequência cardíaca conjunta, materna e fetal do que os fetos americanos. Além disso, os movimentos fetais foram inferiores em número e superiores em duração nos primeiros em comparação com os segundos. O nível de actividade total mostra que os fetos, em Lima, gastam significativamente mais tempo em movimento do que os fetos de Baltimore. Os movimentos dos fetos em Baltimore mantêm-se estáveis ao longo da gestação, enquanto os de Lima decrescem. Os fetos de ambos os países exibem descontinuidades desenvolvimentais que envolvem a frequência cardíaca, incluindo a relação desta com a frequência materna, neste período. No fim da gestação, os valores apresentados pelos fetos dos dois países, aproximaram-se. Os fetos chegaram ao mesmo ponto, mas com trajectórias diferentes. Os autores acreditam que pode haver razões culturais, genéticas ou técnicas que justifiquem os resultados encontrados.

O desenvolvimento fetal, no seu todo, acontece a par com o desenvolvimento psicossocial da mulher, durante a gravidez. As características hereditárias e genéticas em interacção com o ambiente intra-uterino são determinantes da saúde física e mental do feto, nomeadamente, da presença de anomalias mais ou menos graves, e das suas características

comportamentais. Este conhecimento tem exigido que a vigilância pré-natal seja cada vez mais regular e especializada, com grande investimento por parte dos serviços de saúde e que a educação à grávida no contexto clínico e nos mass-media seja constante. As acções mais mediáticas passam pela informação sobre a exposição a agentes tóxicos e infecciosos, a nutrição e a actividade física, cuja finalidade é proteger o feto a partir de um bom ambiente uterino (Molitor & Hsu, 2007).

Actualmente, enfatiza-se, junto da mãe, a importância de viver em estado emocional positivo, com diminuição dos níveis de stress e ansiedade, indicando-lhe o quanto esses estados de humor negativos são prejudiciais para o desenvolvimento do feto e das suas competências. Podemos afirmar, de acordo com Justo (1994, p. 221) que "(...) a experiência psicológica desenvolvida ao longo da gravidez é de primordial importância para muitos aspectos da vida humana de relação". O autor considera que a vivência inadequada ou perturbada da gravidez corresponde, entre outras, a uma dificuldade da elaboração psicológica da maternidade, o que vai trazer dificuldades no estabelecimento da relação primordial. Então, o resultado interactivo exprimir-se-á em "menos interacção" e interacção de "menor qualidade".

1.7. A transição para a maternidade

A transição para a maternidade é considerada uma crise de desenvolvimento da mulher, inaugurada com o parto e seguida do puerpério imediato e mediato. Esta transição tem início durante o terceiro trimestre de gravidez, período em que a mulher se prepara para o novo e importante estágio que se aproxima – ser mãe.

Ao longo da gravidez, a mulher elabora uma representação de si enquanto mãe, ao mesmo tempo que elabora a representação do bebé, a partir da reavaliação da relação que estabeleceu com a sua mãe, no sentido da criação de um espaço de acção necessário aos cuidados e à interacção adequada com o filho (Ammaniti, 1991; Stern, 1995). Além disso, segundo os autores referidos, este período é marcado por preocupações, medos e expectativas acerca do nascimento da criança, que será concretizado com o parto, assunto que ocupa uma boa parte do pensamento da mulher no fim da gestação.

A expectativa face ao parto manifesta-se por sentimentos de angústia e temores irracionais que se prendem com o inconsciente colectivo e pessoal. Este momento pode ser considerado tão crítico para a primípara como para a múltipara, pois as histórias acerca das

dores do parto, do parto e das possíveis complicações para a mãe e para o filho são tão controversas como carregadas de medos, dúvidas e mitos em todas as culturas.

As sociedades mais desenvolvidas têm grandes preocupações no que se refere aos perigos e à dor associados ao parto. Em Portugal, a analgesia do parto está prevista no Plano Nacional de Luta contra a Dor, da Direcção Geral de Saúde, desde 2001 e, apesar de movimentos recentes que promovem o parto domiciliário, as maternidades são o local por excelência para a realização do parto e assistência ao recém-nascido, cumprindo critérios de qualidade no seu funcionamento.

A investigação em psicologia tem-se debruçado sobre as expectativas do parto e tem aumentado o conhecimento sobre o quanto este é um assunto fundamental para as mulheres que o aguardam. Pacheco, Figueiredo, Costa e Pais (2005) realizaram um estudo com o objectivo de perceber o modo como as mulheres antecipavam diversos aspectos da experiência de parto, durante a gravidez. Concluíram que a generalidade das grávidas, no segundo trimestre, planeia e antecipa apoio por parte de pessoas significativas na altura do parto, tem uma visão positiva das suas competências maternas e está moderadamente preocupada com o seu bem-estar e com o do bebé. A maioria destas mulheres antevê uma experiência de parto dolorosa cuja previsão está entre o medo, a confiança e o controlo. Comparando o segundo e o terceiro trimestres, as autoras observaram o seguinte, no último trimestre: a mãe está mais focada no parto; tem níveis superiores de planeamento e conhecimento; antecipa o parto como mais doloroso; prevê menos confiança, menos controlo e mais medo e refere mais preocupações com possíveis consequências negativas do parto no seu bem-estar e no do bebé.

Também Kao, Gau, Wu, Kuo e Lee (2004) estudaram as expectativas face ao nascimento, em mães e pais e não encontraram diferenças nas expectativas entre os pais e as mães. O estudo identificou cinco factores relativos às expectativas do parto, nos futuros pais: cuidados ambientais, dor no trabalho de parto, apoio conjugal, controlo e participação e, finalmente, apoio médico e de enfermagem. Entre outras conclusões, os autores mostraram que os futuros pais com nível socioeconómico elevado e que fizeram preparação pré-natal têm maiores expectativas face ao parto, em comparação com os outros pais e, além disso, as expectativas das mães parecem ser independentes das características sociodemográficas.

Segundo Maldonado (1991), a evolução do trabalho de parto e o parto são influenciadas pelo modo como o parto e o bebé foram simbolizados pela mulher grávida e pelas expectativas face aos mesmos. O parto leva a mulher a reviver o traumatismo do seu

nascimento e a sua própria angústia de separação da mãe, substituindo-se o objecto imaginário, construído pela mulher durante a gravidez, em proveito do reconhecimento do recém-nascido. É com o nascimento da criança que criou dentro de si que a mulher saberá se o seu interior estava intacto e se ela pôde gerar um filho perfeito (Sachs-Nerson, 1992).

Para além das dores do parto que a mulher não pode controlar e que tomam o lugar de algo misterioso, há que referir: a intensidade das sensações; a presença da morte no espírito da parturiente; a vergonha (numa situação de não retenção); a distância em relação a um ideal de parto limpo e dominado; a desvalorização ou hipervalorização narcísica; o dar vida ao bebé, ou não conseguir fazê-lo e as alterações hormonais e físicas manifestadas por uma rápida transformação do esquema corporal (ao contrário do que aconteceu na gravidez), desta vez de retorno ao estado de não gravidez (Soifer, 1991). Na perspectiva da autora, o parto representa para o inconsciente uma perda, ou ameaça de perda, que inclui o vazio do ventre, a perda de estatuto social, a ruptura brusca na relação íntima mãe-filho e a perda da relação fantasmática privilegiada com o filho no confronto com o RN real. A mulher percebe que está ao serviço de uma função da espécie que se exercerá, mesmo que seja à custa da sua própria vida (Maldonado, 1991).

Numa revisão da literatura sobre a experiência de parto, Figueiredo, Costa e Pacheco (2002) concluíram que as mulheres não verbalizam facilmente a experiência de parto e consideram-no uma experiência difícil, pautada pela dor, pelo medo e emocionalmente negativa. Quanto mais difícil é a experiência do parto, pior é o ajustamento emocional da mulher ao puerpério e mais difícil é a relação que a mãe estabelece com o bebé. Mas, de entre o conjunto dos acontecimentos associados à gravidez e ao nascimento, o parto parece não ter grande importância para as mulheres, quando comparado com a primeira visualização do bebé, que ocupa o primeiro lugar numa lista de acontecimentos que foram hierarquizados pelas próprias.

Os factores susceptíveis de influenciarem a experiência de parto foram enumerados pelas autoras, a partir de estudos consultados. O primeiro e um dos mais importantes é a presença de uma pessoa significativa durante o parto, o segundo é o tipo de parto e o terceiro é a dor no parto.

Relativamente ao primeiro factor, a presença de uma pessoa significativa durante o parto, que pode ser o marido ou outra pessoa significativa para a grávida, tem efeitos muito positivos no bem-estar emocional da mulher, qualquer que seja o tipo de parto. Particularmente, no caso do parto por cesariana, a mãe sente-se menos preocupada com a saúde do bebé, sente-se menos sozinha e mais satisfeita quando o pai está presente

(Figueiredo et al., 2002). O apoio dos companheiros ajuda a mulher a ter experiências mais positivas do nascimento.

Alguns estudos referem que o mais importante durante o parto é a presença de alguém que apoie e mobilize a parturiente, independentemente dos laços familiares ou da experiência (Justo, 2005). O autor menciona um estudo realizado por Sosa, Kennell e Klauss, publicado em 1980, com parturientes, no final dos anos setenta, no Hospital da Segurança Social na cidade da Guatemala, em que se observou que a presença de mulheres leigas e sem treino (doulas) junto das parturientes durante o trabalho de parto (quando comparadas com um grupo de controlo) trazia imensas vantagens, tais como: a redução do número de horas de trabalho de parto; o aumento do tempo que as mães permaneciam acordadas quando estavam sozinhas com os seus bebés; o aumento do número de vezes que as mães acariciavam os bebés e maior número de verbalizações e sorrisos em direcção ao bebé. Os autores do estudo expandiram as conclusões, indicando a presença de menos complicações obstétricas no trabalho de parto, menos cesarianas, menos administração de ocitocina endovenosa, menos recém-nascidos transferidos para as unidades de cuidados intensivos e um trabalho de parto mais curto. Salientamos, porém, o facto de as mulheres que não vivem com o pai do bebé usufruírem mais deste apoio, o que pode remeter para a importância da ansiedade durante o trabalho de parto face à real falta de apoio conjugal.

Um estudo efectuado no National Maternity Hospital de Dublin (Morris, Copstick, & Taylor, 1986) mostra melhores resultados no parto do que os obtidos em hospitais londrinos, onde a presença do pai foi pioneira, nos anos setenta. A diferença está na garantia de apoio constante à parturiente, por uma enfermeira (ou estagiária), menos dor e mais conforto. O apoio prestado pelas enfermeiras às parturientes tem mostrado consequências muito positivas nas investigações publicadas (Justo, 2005). Também as mulheres apoiadas pelos seus companheiros durante o parto recorrem menos aos analgésicos e vivem a experiência como mais positiva, quando comparadas com as mulheres que não têm este apoio (Camus, 2002). Os seus companheiros, por seu lado, beneficiam dessa experiência relatando maior satisfação emocional e um verdadeiro estado de felicidade. Além disso, a participação do pai no nascimento do filho ajuda a produzir interações positivas entre o casal e constrói relações pais-criança mais precoces (Kao et al., 2004).

No que se refere ao tipo de parto, o segundo factor atrás referido, as mulheres com parto normal relatam maior satisfação, percepção mais positiva do parto e melhor relação com o bebé do que as mulheres que fizeram cesariana. E, de entre as que fizeram cesariana,

as que tiveram analgesia epidural estão mais satisfeitas do que as que foram submetidas a anestesia geral. A cesariana é, nos estudos revistos pelas autoras, o tipo de parto que traz menor satisfação à mulher, sobretudo se não foi planeada, e é a que tem consequências mais adversas sobre a mãe e o bebé (Figueiredo et al., 2002).

A dor no parto, terceiro factor acima enunciado, não é facilmente esquecida e pode ser lembrada como uma situação traumática, impedindo algumas mulheres de voltar a engravidar ou interferindo na disposição para se envolverem emocionalmente com o bebé, quer em primíparas quer em múltiparas. No entanto, quando se analisa a percepção da experiência de parto das mulheres em situação de anestesia geral vs. analgesia epidural, não há consenso nos resultados obtidos (Idem).

As experiências e a satisfação vivenciadas com o parto foram analisadas por Conde, Figueiredo, Costa, Pacheco e Pais (2007) num estudo com 306 mulheres, realizado durante o puerpério, nas primeiras quarenta e oito horas, ao terceiro e ao sexto mês. O estudo mostrou que apesar da continuidade temporal das memórias, o elevado desconforto e a emocionalidade negativa inicialmente percebidos são substituídos, ao longo dos meses, por uma maior positividade no modo como o acontecimento é recordado, podendo a mulher desenvolver uma percepção mais positiva da experiência do parto, o que faz parte do processo desenvolvimental desta fase. As percepções mais positivas estão associadas, de forma mais consistente, aos partos eutócicos com analgesia epidural e às cesarianas com anestesia geral, comparativamente com os outros tipos de parto.

A ligação afectiva da mãe ao filho vem-se estabelecendo desde a gravidez e tem um papel preponderante no envolvimento emocional inicial da mulher com o bebé depois do nascimento, contudo os factores psicossociais influenciam em grande medida este envolvimento. As mulheres desempregadas, solteiras, que tiveram problemas obstétricos durante a gravidez, estiveram deprimidas, foram mães de raparigas, ou que os seus bebés tiveram problemas neonatais ou foram levados para unidades de cuidados intensivos têm um pior envolvimento emocional com o recém-nascido (Figueiredo, Costa, Pacheco, & Pais, 2009). Estas situações comprometem o bonding (Klaus & Kennell, 1976) ou, antes, a vinculação materna ao bebé como preferiram designar Robson e Moss (1970) e, mais tarde, George e Solomon (1999).

Apesar de as mães construírem, durante a gravidez, a capacidade necessária para a interacção adequada com o bebé após o nascimento, criando um mundo interno que promove o seu envolvimento (e.g., Ammaniti, 1991; Stern, 1995, Winnicott, 1956), Fleming, Rubble, Krieger e Wong (1997) afirmaram que o primeiro contacto com o recém-

nascido é essencial. A este propósito interessa referir os trabalhos de MacFarlane, Smith e Garrow (1978) pois indicaram que um número considerável de mães sente uma afeição especial em direcção ao feto (41%) mas em 24% essa afeição só aparece na presença da criança ou ainda durante a semana após o parto (27%) e algumas mães (8%) não sentem nenhuma afeição particular pelo recém-nascido após uma semana. Figueiredo (2003) considera que o bonding é um processo que pode ser construído gradualmente intensificando-se com o tempo e, porque há uma criança com comportamento de estímulo, o processo é interactivo e não unidireccional.

A maternidade não se esgota com o parto nem nos efeitos das experiências vividas nesse período. Seguem-se o puerpério e as readaptações biofisiológicas (retoma do volume normal do útero; início da lactação; retoma progressiva dos parâmetros hormonais e físicos), paralelamente com a readaptação psicológica (ao nível da imagem do corpo e dos papéis relacionais e familiares). Este é mais um tempo crítico do ciclo de vida da mulher, que constitui, por si só, um autêntico teste de saúde mental e que põe à prova a sua capacidade de organização interna e externa (Mascolli, 1990), constituindo, também, um tempo privilegiado de desenvolvimento pessoal porque obriga a renegociar as relações entre os membros da família e, a mulher, repensa-se a si mesma (Figueiredo, 2000).

Os primeiros seis meses após o parto definem o futuro maternal e determinam a sua relação com o filho, família e sociedade. Há laços afectivos que, embora se estabeleçam antes do nascimento, são susceptíveis de enfraquecer caso não sejam reforçados num período precoce a seguir ao nascimento. Principalmente, para a primípara, o nascimento de um bebé pode ser um acontecimento particularmente difícil porque implica que a mulher se comprometa com tarefas novas para as quais não se sente preparada (Kendell, 1978, cit. in Figueiredo, 2000).

As características do bebé são fundamentais na adaptação à maternidade, nomeadamente, no que se refere ao sexo, temperamento, idade gestacional e eventuais problemas de saúde manifestados ao nascer (Figueiredo, 2000). É o bebé que faz da sua mãe, mãe (Lebovici, 1998). O bebé é submetido às influências dos pais, mas também influencia consideravelmente os cuidados que recebe, quer quantitativamente, quer em qualidade (Mazet & Stoleru, 1990). Assim, "o bebé e os seus parceiros influenciam-se mutuamente, num processo contínuo de desenvolvimento e mudança" (Lamour & Lebovici, 1991, p. 171), significando que a mãe possui competências de comunicação para responder ao seu bebé e este também as possui para entrar em relação com o meio (Relvas et al.,

1988), de tal modo que, sem dúvida, um bebé vivo, comunicativo e procurando activamente a relação, pode fazer uma "boa mãe" (Dias, 1988).

Nos primeiros seis meses de vida, o bebé transforma-se num ser humano social através das interacções que estabelece. Estas foram sistematizadas em três níveis, o do comportamento, o dos afectos e o fantasmático (Lamour & Lebovici, 1991; Mazet, 1993; Mazet et al., 1989). Estes três níveis influenciam-se mutuamente na interacção global, e permitem uma “coreografia biologicamente designada” que servirá de protótipo para todos os encontros interpessoais futuros” (Stern, 1992, p. 8). Como referiram Brazelton e Cramer (1993) quando o bebé se torna capaz de mostrar aos pais que os prefere a eles do que aos outros estímulos humanos, é impossível que os pais não caiam sob o domínio do bebé.

Assim, a vinda do bebé traz alterações profundas do ritmo e da rotina da mulher, agora mãe, ou de novo mãe, constituindo-se uma nova dinâmica familiar (Maldonado, 1991). Este assunto será retomado mais à frente, no estudo da conjugalidade e da parentalidade.

2. O homem durante a gravidez e na transição para a paternidade

A visão histórica da paternidade oferece um fio condutor importante para a compreensão das alterações sofridas ao longo dos tempos nas funções e no papel do pai. Há uma grande distância, não só temporal mas de mudanças nas práticas e nos conceitos, entre os tempos em que os homens não eram reconhecidos como participantes na procriação, restringindo-se o parentesco à linhagem materna, e a época actual, com o homem a ser, ou a querer ser, um participante activo no processo da gravidez e do desenvolvimento do bebé (Camus, 2002; Gomez & Leal, 2002; Lamb, 1997, 1992; Lamb & Tamis-Lemonda, 2004; Malpique, 1998; Raphaell-Leff, 1997, 2009).

A paternidade, ao contrário da maternidade, não é um facto biológico em si mas uma construção social pois o pai pode ter filhos sem nunca o saber, ou pode ter um filho e não ser o seu pai. Apenas é pai aquele que conhece a paternidade e/ou se envolve nos comportamentos parentais (Raphael-Leff, 2009). As sociedades tradicionais, parecendo não serem alheias àquele facto, mostraram imensas variações culturais acerca das experiências paternas. Por exemplo, o reconhecimento da paternidade raramente ocorria antes do parto.

Na maior parte dos casos, era feito com rituais de iniciação à actividade paterna quando a criança tinha uma certa idade, altura em que recebia o nome do pai (Idem).

Ao longo dos séculos, a emergência de um novo estatuto paterno não foi facilitada pelas convulsões sociais, mantendo-o afastado da família e da educação dos filhos. As duas grandes guerras do século XX são exemplo dos acontecimentos sociais que podem abalar a estrutura familiar. Apesar disso, no Ocidente, como vinha acontecendo há longo tempo, o pai manteve o primeiro plano enquanto figura social (Ibidem). Esta situação, provavelmente, ter-se-ia conservado se não fossem as repetidas manifestações das mulheres a partir dos anos 70, na segunda metade do século XX, reivindicando igualdade, quer na esfera pública, quer na esfera privada, demonstrando que as regras sociais existentes estavam obsoletas no que diz respeito, por exemplo, ao casamento, à sexualidade e, também, à forma de exercer a maternidade e a paternidade.

Badinter (1989, 2010) considera que a importante conquista das mulheres teve início no século XVII, época a partir da qual começaram a tentar organizar a sua vida para além da função reprodutora e do papel de mãe e de esposa. Segundo a autora, foi pela mão das mulheres que uma nova paternidade veio a tornar-se inédita.

2.1. Emergência de uma nova perspectiva de paternidade

Na literatura psicológica, as primeiras referências ao pai e à paternidade apareceram com Freud, no início do séc. XX, com o complexo de Édipo e, mais tarde, nos anos 50, com Lacan (1978), ao introduzir na discussão a importância da função do pai, enquanto modelo disciplinar, de garante da lei. Até esta data, nas concepções de vida do mundo ocidental, na primeira metade do séc. XX, não se colocavam questões referentes ao modo e aos efeitos directos da presença do pai junto da criança.

A partir dos anos cinquenta, em consequência da guerra, as questões sobre o pai centraram-se nos efeitos da ausência paterna, não tanto no que se refere às carências afectivas, mas sobretudo às implicações da falta de uma figura de autoridade - “alimento psicológico” trazido pelo pai (Camus, 1997, 2002), o que estava de acordo com a perspectiva Lacaniana acima referida. A percepção do impacto da ausência paterna foi considerada, por alguns investigadores, mais grave do que a ausência da mãe e passou a ser a grande preocupação da época (Camus, 2002; Lamb, 1992; Malpique, 1998). A esta ausência Wallon (1978, cit. in Lamb, 1992) atribuía-lhe grande parte das perversões

familiares e, nos anos sessenta, a ausência ou a deficiente relação com o pai explicava muitos dos problemas do foro psiquiátrico dos filhos (Camus, 2002).

Por esta altura, reuniram-se consensos à volta da perspectiva psicanalítica de que o pai tem um papel fundamental no desenvolvimento psico-afectivo da personalidade, no despertar da consciência moral e na formação do carácter, ou seja, nos domínios que supõem discernimento e controlo, capacidades que emergem tardiamente e cuja falta traria consequências muito negativas para a criança. Após a segunda guerra mundial, entre 1950 e 1970, de acordo com aqueles pressupostos, o pai passou a ter um papel interventivo na “média” e na “grande” infância, períodos que foram designados por “idade do pai”, deixando reservada exclusivamente à mãe, a “pequena” infância, ou “a idade da mãe” (Camus, 1997).

Embora o pai fosse considerado uma figura secundária na gravidez e nos primeiros tempos de vida do bebé, foi-lhe atribuído um papel primordial na função de apoio à mãe e à relação desta com o filho na primeira infância. O papel do pai era indirecto e desempenhado através da mãe. As funções conferidas ao pai (Winnicott, 1975, 1993) foram três: amar a mãe (o que dará segurança à criança), estar presente e dar apoio moral à mãe (sustentando a lei e a autoridade que a mãe irá imprimir na vida do filho) e apoiar o filho (servindo de referência e de modelo). A mãe inclui o pai na relação, o que Winnicott afirmou ser bastante benéfico.

As mudanças sociais e familiares, ocorridas a partir dos anos setenta, na sequência dos movimentos feministas e do controlo da procriação e da maternidade por parte da mulher (tais como a sua emancipação, a ocupação de lugares de trabalho fora de casa, as responsabilidades laborais acrescidas, a urbanização da habitação, a nuclearização da família e o progresso das técnicas de puericultura) “obrigaram” à partilha das funções parentais, tendo sido o pai convidado e encorajado, nas décadas de setenta e oitenta, a aumentar o seu investimento emocional e instrumental no bebé, passando a dispor de mais tempo para cuidar dos filhos (Camus, 1997; Lamb, 1992; Lamb & Tamis-LeMonda, 2004). Começa a consolidar-se, nesta altura, a ideia de que o envolvimento crescente dos pais é da maior importância no desenvolvimento dos filhos (Lamb, 1992), sendo, em simultâneo, uma oportunidade de desenvolvimento para o próprio pai.

É muito interessante observar que, ao mesmo tempo que as mulheres maternalizaram a família nuclear, o que contrabalançava com o poder até aí atribuído ao pai, houve a necessidade crescente da presença do pai no cuidado aos filhos. É nesta altura que emerge aquilo a que se chamou uma “nova paternidade”. O pai transformou-se num pai

diferente do passado, com uma nova imagem enquanto progenitor, não só comprometido com o sustento económico e a disciplina dos filhos, mas envolvido e capaz de assumir os cuidados em qualquer fase do desenvolvimento da criança (Idem).

Nos anos setenta, o interesse crescente dos psicólogos pelos pais e pela paternidade deveu-se, em grande parte, às perspectivas feministas da época, mas também ao desenvolvimento da psicologia da criança e ao reconhecimento de que havia poucos estudos de investigação sobre o impacto do pai no desenvolvimento dos filhos, ao contrário daquilo que se verificava com os estudos feitos com a mãe. A esta conjuntura, associou-se o direito sentido pelos homens do reconhecimento da sua capacidade maternal e o desejo de entrarem em interacção com o recém-nascido o mais cedo possível, trazido pelo conhecimento das competências precoces do bebé. O homem aceitou dar-se à criança e não apenas dar-lhe coisas. A observação das primeiras interacções directas entre pai e filho fizeram-se a partir de 1976 (Camus, 2002). Este foi o período do “*increased involvement*” paterno (Camus, 1997; Lamb, 1992) que alterou, na nossa cultura, o quanto a palavra bebé estava associada à mãe e à descrição de um universo de bebé sem pai, como se pode constatar, por exemplo, nos trabalhos de Ainsworth (1969, 1979), Bowlby (1988) e Spitz (1988).

Esta nova perspectiva veio mostrar que os cuidados maternos não constituíam o domínio exclusivo das mulheres, continuando, no entanto, a manter-se o consenso sobre a importância da mãe como base originária de segurança e do pai como figura de vinculação secundária (Ainsworth, 1979; Bowlby, 1988). A inovação desta fase foi o desígnio que o pai não pode ser confundido com a mãe e que as funções de ambos devem ser distintas aos olhos do investigador. O pai não é outra mãe, é outro que não a mãe e é assim que deve ser compreendido pela mulher e pela criança. Nas palavras de Camus (1997), por esta altura o pai passou de “diferido” a “diferenciado”.

A vida conjugal e familiar contemporânea, caracterizada por ser mais independente dos parentes e do exterior e pela ideia de envolvimento, deu lugar a uma família nuclear, fechada e tendendo para a partilha de papéis. Foi neste contexto que os laços emocionais se tornaram mais fortes e a educação dos filhos passou a ser fonte de preocupação de ambos os progenitores (Lamb, 1992). O conceito de envolvimento paterno desenvolveu-se, primeiro no período pós-natal e, em seguida, no período pré-natal, levando o homem, progressivamente, a uma mais fácil participação na gravidez e no parto.

Segundo Lacan (1978), o grupo reduzido que passou a compor a família moderna não trouxe simplificação da estrutura e dos processos familiares, mas antes uma contracção

da instituição familiar, com uma estrutura profundamente mais complexa. A família moderna continua a prevalecer: na primeira educação; na repressão dos instintos; na aquisição da língua materna; preside aos processos fundamentais do desenvolvimento psíquico, tais como a organização das emoções e dos sentimentos; transmite a estrutura de comportamento e de representação, cujo jogo ultrapassa os limites da consciência e dá continuidade psíquica às gerações. Esta função da família foi designada, pelo autor, “hereditariedade psicológica”.

O pai passou a desempenhar novos papéis e adquiriu novas funções no seio familiar. Mas, a emergência do pai nos anos setenta, segundo Cyrulnik (1995), ainda não pode ser considerada um movimento interno. O pai apenas reconhece que o nascimento do bebê é uma grande etapa da sua vida e que a sua aventura afectiva terá de ser parental. O autor justifica esta afirmação, baseando-se nas expressões dos pais que diz terem sido semelhantes a um “êxtase vazio de emoção” quando lhes foi perguntado, em 1974, o que sentiram quando o seu filho nasceu.

Pouco a pouco, no decorrer da segunda metade do século XX, os pais tornaram-se visíveis aos olhos dos outros, mas sobretudo aos seus próprios olhos, de uma maneira totalmente diferente da imagem que os caracterizava. Esta forma e visibilidade do pai repousa na sua experiência de paternidade. Assim, não é hoje possível considerar o pai como “colaborador esquecido” no desenvolvimento da criança (Lamb, 1997).

Os testemunhos conclusivos da vinculação da criança à mãe e ao pai, um de cada vez, durante o primeiro ano de vida e a hierarquia das figuras de vinculação do bebê, são enfatizadas pelo autor ao considerar que a preferência se dirige para a mãe porque é ela que está mais próxima do bebê e lhe consagra mais tempo nos cuidados. Lamb, em 1992, havia já afirmado que são os papéis tradicionais desempenhados pelos pais que determinam as preferências do bebê e, é talvez por isso que os pais têm um papel de estímulo no jogo e no desenvolvimento social da criança, enquanto a mãe é a imagem da ternura.

O autor acrescenta que ambos os pais são capazes de mostrar afeição pela criança e de serem sensíveis às suas necessidades e que as crianças com relações próximas com os dois progenitores são grandemente beneficiadas. Hoje, falar de paternidade, implica falar de família, parentesco, envolvimento, desenvolvimento psicológico e vínculos.

2.2. Desenvolvimento psicológico do homem durante a gravidez

A paternidade, enquanto componente da parentalidade, na perspectiva sistémica de ciclo vital, está associada ao nascimento do primeiro filho, mas o processo desenvolvimental que transforma o homem em pai, deve ser muito mais precoce e não pode, portanto, ser limitado no tempo.

O desejo de ter filhos é um aspecto fundamental da parentalidade. Na concepção psicanalítica, o desejo de ser pai começa na infância, com o desejo de ter bebés de si próprio, a partir da identificação nuclear com a mãe, em que o avanço das fantasias edipianas constitui o passo decisivo para a renúncia à fantasia da própria gravidez e para o desenvolvimento do desejo de ter filhos (Benedek, 1970).

No adulto, o desejo de ser pai, como referimos anteriormente, é alimentado por motivos narcisistas, tais como a imortalidade, o duplicar-se, mas também é influenciado pela velha rivalidade edipiana, o igualar o pai, ou até superá-lo (Brazelton & Cramer, 1993). A chegada de um filho pode reactivar-lhe, no plano inconsciente, dificuldades que porventura o tenham marcado na infância (Golse, 2007).

A paternalização edifica um processo de reorganização identitária, carregado de sentido e explicado à luz da história existencial do indivíduo (Camus, 2002). Conceber um filho não é suficiente para um homem se sentir, de repente, pai. Sentir-se pai de uma criança, encerra um verdadeiro trabalho psíquico, em grande parte inconsciente que corresponde à construção ou à reorganização de um certo número de representações mentais, habitualmente designadas “bebés-na-cabeça”; criança imaginária, fantasmaticada, narcísica, mítica ou cultural (Golse, 2007).

Os homens, ao tomarem consciência da mudança importantíssima que está a ocorrer nas suas vidas procuram ter a sua experiência pessoal durante a gravidez (Colman & Colman, 1994) o que vai despoletar uma transformação tão grande como a da sua mulher e um processo psicológico semelhante (Gerner, 2005). O homem, do ponto de vista emocional, pode ficar "mais grávido" do que a sua companheira (Sá, 1997).

Esta onda de sentimentos caracteriza a reorganização da identidade (Maldonado, 1991), despertando a identificação quer com o pai quer com a mãe, pois em quase todas as sociedades humanas, durante os primeiros anos, tanto os meninos como as meninas são educadas pelas mulheres – cuidadoras primárias (Raphael-Leff, 2009).

A crise de identidade pela qual o homem passa é diferente daquela pela qual passa a mulher. O filho, o amante, o progenitor, o rival ou o companheiro reclamam e partilham o

lugar que é do pai (Alvarez & Golse, 2009). Mas, tal como acontece com a mulher, ao pai surgem dúvidas quanto à sua capacidade para desempenhar o papel paternal porque neste caso o filho está a desenvolver-se no interior da companheira. As mudanças corporais da mulher e no desenvolvimento do bebé podem suscitar no homem sentimentos de inveja e ciúme, ansiedade, inutilidade e solidão o que pode tornar-se algo transcendente a que só o encontro com a criança porá fim (Alvarez & Golse, 2009). As ecografias têm-se mostrado verdadeiras aliadas no processo de desenvolvimento do novo pai (Brazelton & Cramer, 1993; Camus, 2002; Cyrulnik, 1995).

Tornar-se pai pela primeira, segunda ou quinta vez exige uma reorientação total do significado da vida (Colman & Colman, 1994). O homem pode envolver-se em actividades de protecção da gravidez, tais como restrições alimentares, contacto com tabus, evitamento de rituais públicos ou domésticos para proteger a criança ou, na falta de laço marital, frequentar as aulas de preparação para o parto para reconhecimento público da paternidade (Raphael-Leff, 2009). Mas a conflitualidade inconsciente, causada pelas angústias emergentes, nomeadamente, o fantasma de plenitude bissexual e a renovação da emergência da angústia de castração podem, pelo contrário, levar o homem a desejar distanciar-se da gravidez, a precipitar-se em relações extra-conjugais ou rupturas conjugais e manifestações de reacções de angústia ou de fobias, como por exemplo, alcoolismo ou impotência sexual (Brazelton & Cramer, 1993; Golse, 2007).

Em consonância com as perspectivas atrás referidas, Raphael-Leff (1997, 2009) classificou os pais em duas categorias, o pai participante e o pai renunciador. O participante é aquele que quer participar tanto quanto possível na gravidez, nascimento e cuidados à criança. Ele pode estar em contacto com os aspectos feminino e maternal da sua personalidade. O modo como ele resolve a identificação feminina vai determinar como sublimar os seus aspectos maternos: ou apoia a sua companheira grávida e torna-se protector maternal da sua mulher durante a gravidez e no período pós-natal, envolvendo-se carinhosamente na paternidade e permitindo a maternidade, que gostaria de experimentar, ou a sua inveja torna-se real, podendo não ser capaz de tolerar a boa experiência da mulher, rivalizando com ela, super-identificando-se com o feto ou pondo-se de resguardo.

O pai participante tem a pretensão de se substituir à mulher, referindo-se aos seus sintomas e ao bebé como se ela não estivesse presente, numa atitude controladora. De forma semelhante, após o nascimento, sendo influenciado pelos seus próprios processos conscientes ou inconscientes e necessidades, torna-se parceiro facilitador ou regulador ou,

então, entra em competição com a parceira sobre a maternidade primária e os cuidados parciais.

O pai renunciador reforça a sua identidade masculina durante a gravidez, fechando o contacto com a sua mulher, aumentando a sua vulnerabilidade e intolerância face às identificações femininas. Tem dificuldade em sentir empatia pelas experiências internas da mulher e considera que a gravidez não é assunto para homens. No entanto, está preocupado com o bem-estar de ambos e fantasia muitas vezes acerca de que pais, ele e a sua mulher, se vão tornar no futuro. As suas ansiedades podem ter raízes nas memórias de infância, nas recordações da relação que teve com os seus pais, ou ainda no medo das mudanças no seu relacionamento conjugal, após o nascimento do bebé.

O nascimento físico de uma criança e o nascimento psíquico do seu pai podem não coincidir de um ponto de vista cronológico e podem até estar muito desfasados um do outro. A prematuridade psíquica do pai é independente da questão da maturidade do termo físico propriamente dito da gravidez (Golse, 2007). O autor refere que se pode observar, tanto no pai como na mãe, uma espécie de gravidez psíquica. Mas os processos de parentalização e também, neste caso, o de paternalização, continuarão para além do nascimento da criança permitindo que o pai se viva emocionalmente (e não só intelectualmente) como pai daquela criança, sentindo que aquela criança é verdadeiramente o seu filho (sentimento de pertença) e descobrindo gradualmente estar pronto a assumir o lugar, os papéis, e as funções de pai para com ela.

Ser pai constitui, não só um papel social a assumir, mas sobretudo um projecto identitário a realizar. Começa com o desejo de ter filhos e acompanha o desenvolvimento pessoal do homem ao longo da vida.

2.2.1 A construção do lugar do pai

O espaço paterno ou o lugar do pai é, segundo Golse (2007), o resultado de uma co-construção da díade mãe-filho no quadro das interacções precoces e não uma construção materna proposta ou imposta à criança ou uma construção paterna isolada, o que seria impossível durante a gravidez. O envolvimento do pai na gravidez e a sua participação no parto, se as ansiedades tiverem diminuído, pode aumentar o “*engrossment*” paterno.

Na perspectiva de Cyrulnik (1995), para a criança, a ontogénese é diferente quando se trata do pai ou quando se trata da mãe. A ontogénese materna é única e contínua. A

paterna divide-se em três pais: o pai intra-maternal, que é o pai durante a gravidez (biológico e sensorial, por via da mãe); o pai maternal, percebido pelo bebé através da distinção visual, por volta dos oito meses (e agente de cuidados gerado pelas feministas dos anos setenta) e o pai social, representando o social, o simbólico e o jurídico, por volta dos três anos.

É este pai, intra-maternal, biológico e sensorial para a criança que, perante a gravidez da sua mulher, está a construir o lugar de pai e a relação paterno-fetal. Neste processo, o pai pode sentir-se excluído (o que hoje está minimizado com a participação activa nos cuidados pré-natais), ou pode também disputar a atenção da sua mulher.

Quando a mãe estabelece uma relação vinculativa com um homem, pai biológico ou não, dá-lhe a possibilidade de interagir com o bebé, traduzindo-o. Ainda segundo Cyrulnik (1995), o homem de vinculação constitui um acontecimento com um significado para a mãe que, por sua vez, o vai traduzir em informações biológicas para o bebé. É a interpretação feita pela mãe que dá ao pai o poder de estimular o bebé no útero. Assim, o pai pode modificar o contexto ecológico do bebé no habitat uterino, traduzido pela mãe. Se a relação conjugal for agradável e a visão fantasmática da mãe for “sinto-me bem junto deste homem que me fez um filho”, isto traduzirá o pai em contracções uterinas suaves que ajustarão a posição do bebé. Quando a relação entre os parceiros é conflituosa, o pai é traduzido na forma de espasmo e de acelerações do ruído da placenta e as agressões maternas de origem física, emocional ou de significado aumentam a probabilidade de sofrimento fetal.

Experiências relatadas por Brazelton (1987) indicam que, quando o pai está doente, o filho (feto) muda de comportamento devido à modificação nas informações sensoriais enviadas pela mãe que se encontra agora sob uma fonte de stress. Portanto, retomando Cyrulnik (1995), o importante não é a “função do pai”, mas sim a função do “homem de vinculação” para aquela mãe.

O processo de paternidade alimenta-se das relações que o homem trava com a sua companheira, agora mãe, e com o estranho com quem tem de familiarizar-se, o bebé. Tornar-se pai é partilhar com a companheira a visão mental e a evocação verbalizada da criança imaginária (Camus, 2002). A parentalização, com as duas componentes que constituem a maternalização e a paternalização, define-se como o conjunto dos processos que permitem este caminhar sempre progressivo (Golse, 2007). Deste ponto de vista, renunciemos à designação “mãe gestante, pai expectante” proposta por Camus (2002), uma vez que o pai é um participante activo no processo gravídico, ainda que mediado pela mãe, na influência que exerce no bebé a partir da relação que estabelece com a mulher.

2.3. Envolvimento paterno durante a gravidez

O envolvimento do pai durante a gravidez e nos cuidados aos filhos tem sido crescente nas últimas décadas e tem ajudado na construção da identidade paterna. Os casais “ficam grávidos” e as mudanças pelas quais os futuros pais passam durante a gravidez não são independentes das experimentadas pelas grávidas (Parke, 1996). Os homens precisam dos nove meses para se envolverem com a gravidez e para se adaptarem à nova identidade e desenvolver o seu papel de pai (Colman & Colman, 1994).

Este envolvimento pode variar bastante ao longo da gestação conforme as características de cada um. É esperado que os pais não se envolvam todos do mesmo modo e que um grupo de pais não se venha a envolver com a gravidez (Parke, 1996).

Para o homem, a gravidez, enquanto nascimento de uma nova família, é imediatamente considerada um *stressor major* precisando de apoio para o enfrentar (Johnson & Baker, 2004). Um dos factores que mais influencia o envolvimento dos futuros pais na gravidez é o planeamento da mesma (Magnusson & Lapane, 2009). O não planeamento da gestação tem um impacto negativo no envolvimento paterno que se estende para além da própria gravidez.

Os aspectos comportamentais e emocionais do envolvimento paterno, muito embora nem sempre estejam relacionados, podem ser compreendidos através da participação do homem em actividades relativas às gestantes e aos preparativos para a chegada do bebé, tais como, o apoio proporcionado à mulher, a procura de contacto com o bebé e, também, as preocupações e ansiedades manifestadas (May, 1982). Brazelton e Cramer (1993), Lemmer (cit. in Gerner, 2005) e Parke (1996) enunciaram um conjunto de preocupações dos futuros pais, tais como: a saúde do bebé e o parto; as mudanças nas relações conjugais, nas relações sexuais no casal e no estilo de vida; os cuidados à criança e adequação do papel de pai e, ainda, factores externos como, por exemplo, a segurança financeira.

Um padrão de mudanças sequenciais no envolvimento emocional dos pais durante a gravidez, constituído por três fases, foi sugerido por May (1982). A primeira fase ocorre desde a suspeita da gravidez até à sua confirmação. Nesta, o pai sofre um impacto inicial seguido de desconforto, ambivalência e stress. Na segunda fase, em que ainda não há evidências físicas da gravidez na mulher, os pais não sentem a gravidez como uma realidade, havendo distância emocional. Na terceira fase, os homens vivenciam a importância da gestação real nas suas vidas e conseguem definir-se como pais.

Habitualmente, a terceira fase coincide com o terceiro trimestre, altura em que os homens estão mais próximos e mais participativos nos preparativos para a chegada do bebé.

Kao e Long (2004) realizaram um estudo fenomenológico com o objectivo de explorar as vivências de 14 homens Taiwaneses que iam ser pais pela primeira vez, durante o 3º trimestre de gravidez das suas mulheres. Neste estudo emergiram oito temas chave: felicidade, sentimentos de incerteza, adaptação, preparação para a paternidade, envolvimento, questões de género do bebé (preferem rapazes), a maravilha dos movimentos fetais (que representam o temperamento e a personalidade) e a expansão da visão (alargamento de pontos de vista face à família e à vida). Os autores concluíram que tornar-se pai constitui uma nova experiência de vida, mostrando múltiplos pensamentos e sentimentos que mudam com o tempo, tanto em profundidade como em qualidade, e que dependem de um conjunto de factores internos e externos. Estes pais também experimentaram um grande número de stressores, incluindo a insegurança que sentem sobre a sua capacidade para cuidar bem do bebé e de serem um bom pai e marido da nova mãe. Para estes homens, a gravidez foi vivida como uma transição e um acontecimento desenvolvimental com imensas mudanças psicológicas e de estilo de vida durante a trajectória.

Segundo os autores referenciados, os homens, futuros pais, nesta fase da sua vida requerem apoio e, principalmente, mais informação de como ser pais, necessitando de um local onde possam expressar as suas ansiedades e onde aprendam a desenvolver novas estratégias de coping.

Beaton e Doherty (2007) e Beaton, Doherty e Rueter (2003) mediram a associação entre as relações dos pais com a família de origem durante a gravidez e as atitudes subsequentes desses pais com os seus filhos, seis e doze meses após o parto. Os estudos tiveram como objectivo comprovar que as experiências vividas na família de origem influenciam as atitudes face à paternidade. Os resultados indicaram que os pais que foram muito próximos ou muito distantes dos seus pais durante a infância têm, antes do parto, atitudes mais positivas acerca do envolvimento paterno no seu primeiro filho. Porém, o resultado mais surpreendente foi o estabelecimento de relações e atitudes positivas com os filhos por parte dos pais que mantiveram relações distantes com os seus pais, na família de origem.

Ao reflectirem acerca dos dados da investigação, os autores referem que o facto de a obtenção da informação sobre a família de origem ter sido feita de forma retrospectiva e o tamanho da amostra ser reduzido constitui-se como limitação ao estudo. No entanto, aditam

que estes resultados se enquadram no corpo de evidências crescente de que os pais que tiveram modelos de relacionamento familiar negativos na sua família de origem, principalmente com os seus pais, parecem querer compensar a sua família com modelos de relacionamento positivos, mostrando como a proximidade e as experiências na família de origem é complexa e envolve vários tipos de relações.

Habib e Lancaster (2006), num estudo australiano realizado com 115 homens que vão ser pais pela primeira vez, concluíram que a ligação paterna ao feto pode ser prevista através da percepção do estatuto do futuro pai (importância subjectiva atribuída pelo próprio) e do conteúdo desse estatuto (elaboração mental duma visão individual acerca do estatuto de ser pai), variáveis que apresentam relações estatísticas muito positivas.

O envolvimento precoce dos pais com o feto pode ser uma barreira protectora quer da infância da criança, quer do abandono pelo pai (Gerner, 2005). Apesar do encorajamento a uma estrutura familiar menos hierarquizada e menos dominada pelos homens, provocado pela diminuição dos estereótipos sociais, as investigações têm mostrado que os homens e as mulheres têm padrões diferentes de interacção com os seus filhos, possivelmente baseados na sintonia física da mãe com o seu bebé durante a gravidez (Raphael-Leff, 2009).

Um conjunto de pontos-chave, que sintetizam as vivências do homem que vai ser pai, foi apresentado pela autora supracitada (p. 166), nos aspectos por si considerados os mais importantes e que passamos a subscrever: (1) As reacções do homem à descoberta da gravidez variam entre as que foram planeadas e as que não o foram e, dependem, em parte, da natureza do relacionamento entre os parceiros e da maneira como cada um se liga à ideia de ter um filho. (2) As preocupações com o bebé residem dentro do útero da mulher o que, invariavelmente, resulta em mudanças no relacionamento sexual, nas fantasias do homem e na reacção ao corpo grávido da sua mulher, reflectindo a sua identificação precoce. (3) A relação com os pais internalizados é afectada quando o homem deixar de ser apenas o filho de seu pai e se tornar um elo da cadeia contínua da mortalidade genética. Conflitos precoces relacionados com a sua mãe são reactivados, na medida em que ele é confrontado com uma mulher transformada numa mãe. Questões arcaicas e dinâmicas edípicas não resolvidas vêm à superfície, despertando temores de castigo, impotência e retaliação e temores de ser reformulado, evitado ou decretado. (4) As capacidades e as restrições biológicas, dos homens e das mulheres, são enfatizadas fisicamente em virtude de um dos parceiros estar grávido e o outro não, levantando questões sobre as construções sociais de masculinidade e feminilidade que agora exigem reformulação. Estas podem ser determinantes do envolvimento paterno durante a gravidez.

2.4. Manifestações psicossomáticas

Os efeitos psicológicos e físicos da gravidez são experienciados pelas mulheres. Contudo, a gravidez também tem efeitos nos homens e faz-se acompanhar de sintomas somáticos que desaparecem depois de a criança nascer.

A experiência vivida no aparelho psíquico do futuro pai durante a gravidez, que encontra uma solução psicossomática, designa-se síndrome de incubação, ou de couvade. O termo couvade deriva do verbo francês couver, que significa chocar ou incubar e foi introduzido na literatura antropológica por Taylor, em 1865 (Brennan, Ayers, Ahmed, Marshall-Lucette, 2007a). Provém do ritual da *couvade*, em que o marido simula o processo do parto ou se põe de "resguardo" no lugar da mulher. Este ritual seria uma mímica da gravidez, com sintomas semelhantes aos vividos pelas mulheres, chamados "sintomas simpáticos" que seriam os sintomas somáticos típicos da gravidez no masculino (Brennan et al., 2007a; Brennan, Marshall-Lucette, Ayers, & Ahmed, 2007b; Cordeiro, 1994; Helman, 1994; Maldonado, 1991; Raphael-Leff, 2009). Esta síndrome afecta, particularmente, os pais biológicos, principalmente no primeiro e terceiro trimestres de gravidez e os sintomas cessam com o parto ou logo a seguir a este (Brennan et al., 2007a, 2007b).

A síndrome de couvade não aparece na nosologia da DSM-IV nem na ICD-10 (WHO, 2006), sugerindo que não se trata de uma perturbação física ou mental, mas sim de uma manifestação natural relatada na gravidez (Brennan et al., 2007a). Os autores referem que esta síndrome é mencionada no dicionário de síndromas médicas de Magalini e Magalini, de 1997, onde é proposta como uma perturbação neurótica que ocorre em homens quando a sua companheira está grávida, principalmente no primeiro e terceiro trimestres.

Em 1965, Trethowan e Conlon haviam-na definido como um estado de sintomas físicos de origem psicogénica que ocorre nos parceiros das mulheres grávidas (Klein, 1991; Brennan et al., 2007a).

Três grupos de sintomas são habitualmente associados a esta síndrome (Conner & Denson, 1990). O primeiro inclui sintomas gastrointestinais como náusea, azia, dor abdominal, edema e mudanças de apetite. O segundo grupo compreende perturbações das vias respiratórias superiores, dificuldades respiratórias e epistaxis, odontalgias, câibras nas pernas, dores nas costas e irritações urogenitais. No terceiro grupo estão os sintomas psicológicos, assim designados pelo autor, como mudanças nos padrões de sono, redução da libido e agitação psicomotora. Os autores acrescentam a este grupo a ansiedade,

preocupações e depressão que não serão por nós considerados por não se tratar de sintomas psicossomáticos.

Estudos internacionais mostram resultados contraditórios no tipo de sintomas descritos, frequência, incidência e duração (Brennan et al., 2007a). Isto pode reflectir problemas metodológicos na sua definição ou do critério e do tipo de medidas utilizadas. O fenómeno é mal compreendido, não tem uma clara base fisiológica e leva a que seja considerada uma manifestação psicossomática, desencadeada pela gravidez, que acontece nos países industrializados e que tem uma enorme variação internacional.

Existem três grupos de teorias explicativas do síndrome de couvade (Brennan et al., 2007a, 2007b), como passamos a apresentar. As teorias psicanalíticas consideram a ocorrência da síndrome de couvade uma consequência da inveja que o homem tem da capacidade procriativa da mulher e da rivalidade com o feto. As teorias psicossociais propõem que esta situação ocorre devido à marginalização da paternidade, ou seja, divergências entre o papel do pai e o seu estatuto durante a gravidez e como parte da crise transicional da paternidade. As teorias paternas sugerem que a presença daquele quadro clínico se deve às contradições evidentes entre o papel de preparação paterna e, eventualmente, a ansiedade e o envolvimento com o feto. Estes são os determinantes da síndrome.

A síndrome de couvade foi considerada pela literatura etnográfica uma forma particular de reconhecimento paterno. Masoni et al. (1994) consideram que o pai moderno procura um ritual individual para aceder ao seu estatuto de paternidade, uma vez que está privado de um papel social. Brennan et al. (2007a, 2007b) consideraram que algumas destas teorias não foram completamente investigadas, revelando resultados inconsistentes. Referiram, ainda, que psicanalistas e psiquiatras não ficaram surpreendidos com o elevado número de teorias que têm sido apresentadas para explicar esta síndrome nem com a inconsistência dos resultados, dada a natureza inconsciente dos seus determinantes e da sua expressão somática.

Actualmente, com a emergência da nova paternidade nas sociedades ocidentais, o couvade poderá ter um papel mais interno, do envolvimento do homem que vai ser pai, do que externo, de reconhecimento social, o que está de acordo com a proposta de Klein (1991) de que a síndrome de couvade traduz a ambivalência paterna quanto ao papel de pai.

Raphael-Leff (2009) congrega as posições anteriormente expostas, ao considerar que esta síndrome proporciona o reconhecimento público e social do pai de uma criança (preocupação social), exercendo um papel protector e uma saída emocional para o pai, em

competição com a mãe e com o bebé. E, seja qual for a forma como se manifesta destina-se a proteger a mãe e o filho da ambivalência e da rivalidade paterna fornecendo, ao pai, um papel focal na participação da gravidez.

Na literatura, o interesse pelo assunto é muito flutuante. No período de 1950 a 2006, a maior parte dos artigos datavam dos anos 80 e 90 e poucos artigos foram publicados entre 2001 e 2006 em comparação com as décadas anteriores. A incidência da síndrome nos países estudados variou, no mesmo período, entre 11 e 97%. China e EUA são os países com maior incidência (superior a 60%) e Austrália e Reino Unido são os países que têm menor incidência (Brennan et al., 2007a, 2007b).

Muitos estudos revelaram o aumento da incidência de alterações psicológicas e de sintomas psicossomáticos associados à gravidez, mas um tipo de couvade não formalizado pode, muitas vezes, ser relatado como ansiedade acerca do nascimento e pode não ser percebido pelo sofredor, assim como podem não ser compreendidas as relações entre os acontecimentos (Raphael-Leff, 2009).

Nem todas as manifestações psicológicas dos futuros pais são de natureza psicossomática. Na literatura, devido às contradições da própria síndrome, nem sempre é claro o domínio da abordagem. Neste trabalho, apenas consideramos psicossomáticas as alterações com expressão corporal do homem durante a gravidez, como foram atrás descritas.

Alguns estudos publicados têm acrescido o conhecimento acerca da síndrome de couvade. Um estudo qualitativo de Brennan et al. (2007b) comprovou que os homens têm uma exposição mista de respostas emocionais durante a gravidez e envolvem-se de forma diferente com isso. Têm sintomas físicos e psicológicos e são influenciados pelos factores socioculturais e crenças religiosas. Os seus sintomas são confirmados pelos profissionais de saúde.

Em Portugal, um estudo de Gomez, Leal e Figueiredo (2002) não confirmou a presença da síndrome de couvade durante a gravidez nos homens em estudo, no que diz respeito à quantidade de sintomatologia vivenciada. Mas comprovou que os homens expectantes portugueses podem ser mais afectados pela diminuição do desejo sexual e do interesse social.

Brennan et al. (2007a, 2007b) notaram que a relação da couvade com os factores sociodemográficos (idade, educação, classe social, número de filhos) e com alguns factores clínicos (como por exemplo o planeamento da gravidez) são contraditórios. A etnia constitui excepção, em que os negros das Caraíbas reportaram maior número e frequência

de sintomas do que os caucasianos americanos, o que confirma a sua maior incidência nas minorias étnicas e homens negros nos EUA.

Poucos estudos examinaram a base hormonal da síndrome de couvade. Brennan et al. (2007a) apresentaram um estudo de Stirey et al. (2000) que fez comparações repetidas da resposta hormonal em trinta e quatro casais durante a gravidez e no período pós-parto, divididas cronologicamente em quatro grupos: pré-natal precoce (n = 12, entre as 16 e as 35 semanas de gestação); pré-natal tardio (n = 8, últimas semanas antes do nascimento); pós-natal precoce (n = 9, três semanas depois do parto) e pós-natal tardio (n = 8, quatro a sete semanas após o nascimento). Os casais, com idades entre os 25 e os 40 anos, iam ter o seu primeiro filho. Adicionaram-se ao grupo três casais que iam ter o segundo filho. Foram medidos os níveis de cortisol, prolactina e testosterona nos homens e cortisol, prolactina e estrogénio nas mulheres, nos quatro períodos. Houve mudanças nos níveis de cada uma das três hormonas medidas e nos quatro momentos avaliados.

O nível de prolactina foi estatisticamente mais elevado nos homens e nas mulheres no período pré-natal tardio do que no período pré-natal precoce. Os níveis de testosterona foram 33% mais baixos nos homens durante o período pós-natal precoce, quando comparado com o período pré-natal tardio. Altos níveis de prolactina e de cortisol e baixos níveis de testosterona foram evidentes nos homens que mostraram maior preocupação e capacidade de resposta aos estímulos do bebé. Os níveis de prolactina foram elevados e os de testosterona baixos, nos homens que reportaram mais do que dois sintomas de couvade, tais como fadiga, mudanças de apetite e ganho de peso, comparativamente com os que não o tiveram. Não houve associações entre os níveis hormonais e de ansiedade em ambos os sexos, descoberta que os autores consideraram inesperada, dadas as conhecidas relações entre stress e cortisol elevado.

O estudo reflecte as mudanças fisiológicas no homem que se prepara para a paternidade. O aumento do número de sintomas da couvade varia conforme os níveis hormonais. A debilitante e stressante natureza da síndrome de couvade pode corroer a qualidade do apoio dado pelo homem à sua mulher grávida, com consequências adversas para a saúde. No período pós-natal, o maior envolvimento do pai com o recém-nascido coexiste com níveis mais baixos de testosterona e mais elevados de prolactina, mas também com cortisol mais elevado.

Boyce, Condon, Barton e Corkindale (2007) realizaram um estudo com 312 homens durante a gravidez. Destes, 18.6% manifestavam sintomas psicossomáticos e altos níveis de sofrimento psicológico. O sofrimento psicológico estava relacionado com variáveis

psicológicas, particularmente, relações maritais pobres e rede social fraca. Isto é consistente com uma vulnerabilidade geral ao sofrimento psicológico. Os pais com pior informação acerca da gravidez e do parto estão em maior risco de entrarem em sofrimento. Os resultados dos estudos apresentados apontam para que a síndrome de couvade esteja em estreita relação com o envolvimento paterno durante a gestação.

2.5. A transição para a paternidade

Tornar-se pai é um processo gradual que começa antes da gravidez, prossegue durante o acompanhamento da mesma e eclode com o nascimento do filho. De acordo com as perspectivas antes expostas, o pai, tal como a mãe, necessita do tempo de gestação para se preparar para a paternidade, principalmente numa altura em que novas exigências nos papéis familiares se colocam e que levam o homem a desejar ser activo e participativo desde a gravidez e ao longo de todo o processo de paternidade.

Para o homem, uma das maiores transições da sua vida adulta é tornar-se pai (Parke, 1996). Alguns autores, como por exemplo Erikson (1972), afirmaram que a transição para a paternidade é uma crise e, portanto, é também uma oportunidade de desenvolvimento e de crescimento pessoal. Cowan e Cowan (1992), autores que se dedicaram ao estudo da parentalidade e que enfatizaram o seu desenvolvimento, afirmaram que foi necessário os homens negociarem o seu papel de pai com as mulheres, uma vez que a paternidade estava estreitamente ligada à maternidade. Esta mudança levou o seu tempo mas, para os autores, o melhor destas mudanças (ocorridas nas relações conjugais), foi o envolvimento da maioria dos pais com o filho antes do nascimento.

Actualmente e, sobretudo desde os anos 90, os pais frequentam as consultas pré-natais, acompanham o trabalho de parto e participam no parto e no nascimento dos filhos, o que se tem mostrado muito vantajoso para as mães, para os homens enquanto cônjuges e para a relação com o bebé (Camus, 2002; Kao et al., 2004). Os pais participam também nos cuidados ao bebé, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos filhos e nos cuidados de saúde.

O envolvimento dos pais com os filhos tem sido progressivo. Primeiro assistiu-se a uma grande viragem no papel do pai durante o desenvolvimento do bebé, devido à saída das mães para o mercado de trabalho, tornando-se os pais mais próximos, interactivos e acessíveis aos filhos. Depois, veio a participação explícita nas consultas de vigilância da

gravidez e no parto e a possibilidade de gozar licenças de parentalidade. Actualmente, encontra-se em desenvolvimento a promoção da interacção do pai com o feto, em termos qualitativos (emocionais) e também quantitativos (comportamentais) - a construção da vinculação paterna. Os homens estão a aprender a viver em pleno a sua experiência de paternidade.

Como já foi atrás referido, as teorias psicanalíticas sublinharam a importância do pai na constituição do super-eu da criança dos dois sexos, na construção do ideal do eu no rapaz e definiram-no como portador da interdição ou representante e garante da lei (Lacan, 1978). Nesta perspectiva, a função paterna, constituindo a triangulação da relação é um organizador que dá uma nova dimensão ao aparelho psíquico da criança estabelecendo o seu avanço maturativo, implicando a identificação sexual, o acesso ao simbólico, à linguagem mais elaborada e ao pensamento lógico (Idem). A função paterna é, segundo Malpique (1998), essencialmente instrumental nas exigências que faz para o auto-domínio e técnicas de aprendizagem, sendo as interdições morais e as regras sociais e culturais por esta veiculada.

Porém, a autora afirmou que a ligação dos pais ao seu bebé se estabelece desde os primeiros momentos de vida, pois o pai, enquanto acompanhante próximo da mulher durante a gravidez e o parto fica particularmente sensível ao bebé estabelecendo uma relação de interacção semelhante à da mãe no que se refere ao embalar, amar, tocar, segurar, sorrir, etc., conseguindo fazer uma maternage precoce.

Nestas circunstâncias, podemos afirmar que a transição para a paternidade e o envolvimento paterno são indissociáveis. Os autores, em geral, concordam que o bebé beneficia com o envolvimento precoce do pai, nos períodos pré e peri-natais, traduzindo-se num aumento das capacidades cognitivas e no bom desenvolvimento mental em ambos os sexos (e.g., Brazelton, 1987, 1997; Camus, 2002; Lamb, 1992), na tipificação sexual e no nível de desempenho e ajustamento psicológico das crianças, maior empatia, ideias menos estereotipadas acerca da satisfação sexual e um locus de controlo mais interno (Lamb, 1992).

Lamb (1992), Lamb e Tamis-Lemond (2004) descreveram três tipos de envolvimento paterno com o filho: interacção, acessibilidade à criança e responsabilidade. A interacção refere-se ao contacto directo com o filho, em cuidados e em actividades. A acessibilidade é a disponibilidade para as interacções com a criança. A responsabilidade diz respeito à garantia dos cuidados e dos recursos para a criança.

Ao longo das últimas décadas, a avaliação quantitativa e, também, qualitativa têm mostrado que a qualidade e o conteúdo do envolvimento paterno são considerados da maior importância na relação do pai com o seu filho (Parke, 1996). Segundo Lamb (1992), não há diferenças na relação que as mães e os pais estabelecem no período neo-natal porque, contrariamente à noção de instinto materno, as competências são adquiridas. E, se as mães se tornam mais sensíveis, mais sintónicas e mais conscientes das necessidades dos filhos, é apenas porque estão mais presentes no seu dia-a-dia. Um estudo de Figueiredo et al. (2007) afirma que o envolvimento emocional inicial materno e paterno, em relação ao bebé, tende a ser semelhante e que os pais mostram menos medo e maior envolvimento emocional com o recém-nascido enquanto as mães estão mais tristes e apresentam mais emoções não relacionadas com a ligação ao bebé.

Quanto aos níveis de envolvimento paterno pós-natal posteriores ao nascimento, estes aumentam quando ambos os progenitores trabalham e são mais elevados neste caso do que em situação de desemprego das mães. Contudo, as mudanças no nível de envolvimento paterno são muito mais pequenas do que os relatos populares muitas vezes sugerem (Lamb, 1992; Lamb & Tamis-Lemond, 2004). A maior discrepância entre o nível de envolvimento paterno e materno situa-se na área da responsabilidade. Vários estudos mostram que os pais não assumem, ou assumem pouco, a responsabilidade pelos cuidados ou educação dos filhos, independentemente de as mães estarem ou não empregadas. Quando a criança é mais pequena, o envolvimento dos pais e das mães é semelhante e ambos cuidam mais do filho do que em outra fase da vida (Lamb, 1992).

O tempo que os pais passam com os filhos pode variar no que respeita ao conteúdo das suas interações. Geralmente, os pais estão mais interessados e mais envolvidos com os filhos dos que com as filhas e tendem a passar mais tempo com os rapazes, independentemente da idade. Os pais são, ainda, mais parceiros de jogo e as mães assumem mais os cuidados embora brinquem mais com os filhos (Idem).

Os determinantes fundamentais do envolvimento paterno, na transição para a paternidade, são quatro (Lamb, 1992; Lamb & Tamis-Lemonda, 2004): (1) Motivação para o envolvimento com o filho; (2) Competência e autoconfiança; (3) Apoio, sobretudo da companheira; (4) Práticas institucionais. Os autores referem que a falta de sentimentos de competência e de auto-confiança (segundo determinante referido), pode ser um obstáculo ao envolvimento, mesmo quando os pais estão motivados. Nesta situação, os autores consideram que programas formais de desenvolvimento de competências podem ser da maior utilidade.

Segundo os autores atrás citados, as razões mais auto-referidas para o baixo envolvimento paterno são a necessidade de prover sustento económico à família e as barreiras impostas pelo local de trabalho. Este resultado está de acordo com o que se passa em actualmente em Portugal, com a Lei de Protecção da Parentalidade a prever que o tempo a ser utilizado pelos progenitores seja repartido entre as mães e os pais. Porém, as práticas de participação dos pais nos cuidados aos filhos estão muito distantes de uma partilha integral de tempo e de tarefas, ainda que previsto na lei.

De acordo com Parke (1996), um sistema com quatro grandes grupos de influências seriam os determinantes do envolvimento paterno. (1) Influências individuais, tais como, atitudes, crenças e motivação do pai; relações com a família de origem; momento de entrada no papel parental e género do bebé. (2) Influências familiares (díade ou tríade), tais como as relações mãe-filho e pai-filho, as relações marido-mulher e as relações pai-mãe-filho. (3) Influências extra-familiares, dos sistemas informais (parentes, vizinhos e amigos) e dos sistemas institucionais ou formais (profissionais e dos serviços de saúde ou hospitalares). (4) Influências culturais, que são: a cultura acerca da infância, para rapazes e raparigas; as atitudes no que se refere aos papéis de género para o pai e para a mãe e a etnia, valores e crenças da família.

Doherty, Erickson e LaRossa (2006) referiram cinco tipos de factores *major* que influenciam a paternidade: a criança, a mãe, o pai, as relações co-parentais e os factores contextuais. Os autores consideram que está enfatizada, neste modelo, a abordagem sistémica ou ecológica de Bronfenbrenner (1986). Na transição para a parentalidade, intervenções educativas breves em grupos de pais de baixo-risco, no sentido de promover o envolvimento com os seus bebés, tem efeitos positivos ao nível da qualidade das interacções com os filhos e do incremento do envolvimento paterno (Doherty et al., 2006).

O papel do pai é, portanto, multideterminado. Não depende apenas de si e da sua vontade mas muitos factores que interagem entre si precisam de ser tidos em conta para compreender o envolvimento com o filho na transição para a paternidade.

O envolvimento paterno está associado à satisfação com a conjugalidade. Muitos estudos apontam para que a satisfação conjugal dos pais esteja positiva e significativamente correlacionada com o envolvimento paterno (Belsky, Rovine, & Fish, 1989; Lee & Doherty, 2007) sendo variáveis moderadoras face ao envolvimento paterno o estatuto ocupacional das mães e as atitudes dos pais (Lee & Doherty, 2007). Os autores concluíram que apesar de inconsistências em investigações anteriores, na sua investigação a associação entre as variáveis é francamente forte e significativa e os resultados indicam que quanto

mais os pais estão satisfeitos com a relação conjugal pré-natal, mais tempo despendem com o filho depois de nascer e durante o primeiro ano de vida, particularmente nas interações face-a-face. Os autores não encontraram, no entanto, associações significativas entre a satisfação conjugal pré-natal e a qualidade do envolvimento paterno pós-natal. As relações de vinculação com o filho serão analisadas no capítulo III.

3. O casal, a parentalidade e a adaptação conjugal

A parentalidade (do latim, *parentale*) é o processo de maturação psicológica que implica uma reestruturação psico-afectiva e permite a dois adultos tornarem-se pais, adquirindo a capacidade de responder às necessidades físicas, afectivas e psíquicas dos seus filhos (Baile, 2005). É, porventura a tarefa mais desafiante da vida adulta (Cruz, 2005). Forma-se, inicialmente, com a gravidez do casal e, depois, com o nascimento do filho. Assinala uma das crises importantes do processo evolutivo (e normativo) da família habitualmente designada transição da conjugalidade para a parentalidade. Nesta transição, os elementos do par conjugal, prestes a tornarem-se também par parental, são fundamentais na gestão e na definição do seu significado e valor nas relações familiares (Relvas & Lourenço, 2001).

Segundo Houzel (1999) a compreensão da parentalidade é feita a partir de três eixos: o do exercício, o da experiência subjectiva e o da prática. O primeiro eixo refere-se aos direitos e deveres de todos os pais face ao nascimento de um filho (investimento, sobrevivência, protecção, educação e saúde). Inclui o nível simbólico dos lugares parentais e a filiação, numa genealogia que se estrutura numa dada sociedade. O segundo eixo, experiência, contempla o sentimento, os testemunhos pessoais, toda a experiência psicológica subjectiva como por exemplo sentir-se ou não pai daquela criança. Este eixo implica a fantasia e as emoções, podendo haver aqui diferenças entre o bebé imaginário e o bebé real. O eixo da prática, o terceiro, compreende os actos concretos da vida quotidiana, como sejam as tarefas domésticas, as técnicas, a guarda da criança, os cuidados, a educação e a socialização.

O segundo eixo, o da experiência psicológica dos pais enquanto tal, é o que nos interessa neste contexto. A parentalidade é a resposta de ambos os pais às necessidades dos filhos em comum e, em nossa opinião, às suas próprias necessidades enquanto pais. Integra

e articula a maternidade e a paternidade mas é um todo, diferente das partes. A parentalidade é um acontecimento definitivo (é-se pai e mãe para sempre) e forma um sub-sistema familiar independente da conjugalidade podendo situar-se em famílias diferentes (o que não é objecto de análise nesta revisão).

A transição para a parentalidade é uma situação nova para aqueles que vão ser pais e obriga a uma adaptação complexa e à realização de uma variedade específica de tarefas desenvolvimentais principalmente quando o são pela primeira vez (Belsky & Rovine, 1990). Embora esta transição se refira, em regra, ao par conjugal que se torna concomitantemente par parental com o nascimento do primeiro filho, a vinda de outros filhos faz da parentalidade um processo ainda mais complexo e, muitas vezes, mais desorganizador, situação que tem efeitos pessoais, conjugais e familiares (Relvas & Lourenço, 2001).

Canavarro e Pedrosa (2005), com base na revisão da literatura, enunciaram as seguintes tarefas desenvolvimentais características da transição para a parentalidade: reavaliar e reestruturar a relação com os pais; reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro; construir a relação com a criança enquanto pessoa separada e reavaliar e reestruturar a sua própria identidade (papéis, valores, objectivos pessoais e prioridades).

Para além das tarefas desenvolvimentais atrás referidas, esta transição obriga a que o psiquismo dos pais se ajuste ao desempenho de novos papéis, com características muito particulares, devido à prematuridade fisiológica do bebé por um lado e a novas funções, por outro lado, adquirindo verdadeiras competências parentais que vão fornecendo à criança o substrato relacional do seu desenvolvimento (Golse, 2005).

Importa, porém, destacar uma revisão da literatura feita por Cowan e Cowan (1995) onde é referido que as trajectórias da mulher e do homem são significativamente diferentes na transição para a maternidade e para a paternidade, respectivamente. Na mulher, a mudança é mais profunda e coloca a ênfase na vida familiar e no cuidar. No homem, a transição é gradual e, portanto, faz-se ao longo do tempo. A nível conjugal, a transição para a parentalidade obriga, necessariamente, à reorganização das modalidades anteriores de relacionamento e à preparação para a tarefa partilhada de cuidar do bebé (Figueiredo, 2005).

Como é sabido, todas as mudanças e reestruturações internas e externas na família acabam por ter reflexos no relacionamento conjugal, de acordo com a perspectiva sistémica, ecológica ou de rede familiar.

3.1. A adaptação conjugal na transição para a parentalidade

Os casais, na transição para a parentalidade, tentam redefinir os seus papéis de marido e de mulher para incluírem os papéis de pai e de mãe, o que pode ser um tempo muito stressante para alguns (Houts, Barnett-Walker, Paley, & Cox, 2008). Além disso, tentam gerir a proximidade e a distância ao longo do tempo, entre eles entre si e entre eles e o filho, o que requer um trabalho redobrado de integração e de ajustamento aos novos papéis (Gerner, 2005).

Neste período, as exigências desenvolvimentais e o stress envolvido são tão acentuados (corporais, situacionais, cognitivas, afectivas e comportamentais) que a rede de apoio social e a qualidade das relações significativas são particularmente importantes (Figueiredo, Pacheco, Costa, & Magarinho, 2006) obrigando a uma reestruturação na rede de relações conjugais, familiares e sociais (Figueiredo, 2001).

A sociedade, em geral, defende que a gravidez é um momento que proporciona maior união ao casal, no entanto, estudos de investigação recentes têm revelado que em muitas relações conjugais essas expectativas não se confirmam. Ter filhos, principalmente o primeiro, reduz a qualidade conjugal depois do nascimento em comparação com o tempo de gravidez (e.g., Belsky & Rovine, 1990; Bigras & Paquette, 2000; Bouchard, Boudreau, & Hébert, 2006; Brown, 1994; Cowan & Cowan, 1995; Houts et al., 2008; Lee & Doherty, 2007; Parke, 1996).

Na transição para a parentalidade, a qualidade conjugal declina em cerca de 30% das famílias, o que é um resultado muito elevado e, em aproximadamente 40%, ter filhos não afecta as relações conjugais. Alguns estudos apontam, também, no sentido de haver casais que melhoram a relação conjugal e a tornam mais estável neste período sendo que, em alguns casos, a satisfação conjugal aumenta face a algumas variáveis da criança (Gerner, 2005; Parke, 1996).

O ajustamento conjugal e a sua associação com a transição para a parentalidade foram evidenciados nos estudos longitudinais de Cowan e Cowan realizados a partir da década de 70 (Parke, 1996). Estes investigadores mostraram que, nos homens, há um decréscimo modesto na satisfação conjugal desde a gravidez até aos seis meses pós-parto e um acentuado declínio nessa satisfação entre os seis e os dezoito meses pós-natais. Nas mulheres, o declínio com a satisfação conjugal é linear e muito maior. Tem início no período pós-parto e continua ao longo dos dois primeiros anos. Aos dezoito meses deste

período, 12.5% dos casais separam-se ou divorciam-se e, cinco anos depois de terem sido pais, essa percentagem sobe para 20% (Idem).

Perante os dados apresentados, a ideia do senso comum de que há maior união conjugal com a chegada dos filhos está, porventura, a referir-se à estabilidade conjugal e não tanto à qualidade e ao bem-estar ou à satisfação com a vida conjugal, uma vez que o número de separações neste período, embora elevado, é menor do que cinco anos após o nascimento dos filhos (Parke, 1996). Segundo Narciso e Ribeiro (2009) a satisfação conjugal é o ponto nodal do bem-estar ou da felicidade conjugal e refere-se, normalmente, a uma avaliação positiva, do cônjuge e da relação, feita por cada um dos cônjuges. Além disso, a qualidade conjugal tem um impacto muito positivo no bem-estar físico e psicológico e é o maior preditor da felicidade em geral.

A entrada do bebé na vivência conjugal quotidiana opera mudanças profundas na qualidade da relação conjugal. É provável que os pais partilhem um menor número de actividades gratificantes e íntimas entre si, pois têm que dedicar mais tempo e maior investimento ao seu filho, de tal ordem que as relações entre os pais podem ver favorecidas as trocas instrumentais em detrimento das trocas afectivas (Belsky, Lang, & Huston, 1986).

Belsky, Lang e Rovine (1985) sugeriram a existência de um declínio na satisfação conjugal no período pré-natal e, num outro estudo, Belsky, Rovine e Fish (1989) salientaram a diminuição de sentimentos amorosos e o aumento de conflitos durante o puerpério. Um estudo de Lee e Doherty (2007) salientou o declínio da satisfação conjugal do homem, na transição para a parentalidade, do período pré-natal (segundo trimestre de gestação) para o período pós-natal (seis meses pós-parto) associado ao decréscimo da qualidade do envolvimento paterno com o filho.

Alguns estudos referenciados por Brown (1994) referem que a qualidade das relações conjugais começa, desde logo, por influenciar o curso da gravidez o resultado do parto e o novo bebé. Mulheres internadas por ameaça de parto pré-termo têm significativamente pior relação conjugal com o pai do bebé, em comparação com as mulheres que têm gravidez normal. A ameaça de parto pré-termo provocada pela ansiedade leva ao uso de sedativos e tranquilizantes, o que, mais tarde, atrasa o desencadeamento normal do parto.

Estes são resultados muito importantes para a clínica na ajuda a prestar aos casais no período de transição. Segundo Relvas e Lourenço (2001) o grande desafio que se coloca aos casais é levar as tarefas parentais a bom termo, sem negligenciar a relação conjugal. Em muitos países, os cônjuges não estão preparados para a parentalidade e, a hostilidade e as

dificuldades comunicacionais a lidar com o stress inerente, tornam a transição para a parentalidade mais problemática (Gerner, 2005).

Alguns estudos têm mostrado que o nível de conflitos no casal aumenta no último trimestre de gravidez, começando por reduzir a satisfação com a vida conjugal na mulher e, depois, no marido e é um aspecto importante a ter em conta na transição para a parentalidade (e.g., Brown, 1994; Houts et al., 2008). Segundo Brown (1994), em 37% dos casais expectantes, um ou ambos os cônjuges, reportam conflito conjugal, caracterizado por baixa satisfação com o apoio do companheiro, aumento do stress de vida, menos saúde, menor bem-estar e mais sintomas psicológicos e somáticos.

O conflito conjugal tem poder preditivo da qualidade conjugal no ajustamento materno e paterno face ao nascimento de um filho, no período pós-natal. No caso de casais com casamentos harmoniosos, a chegada de um filho não tem impacto significativo na qualidade conjugal a longo prazo. Nos casais que apresentam mais dificuldades no período pré-natal, a probabilidade de experimentar problemas depois do nascimento é maior (Houts et al., 2008). Assim, uma relação insatisfatória com o companheiro pode tornar-se um impedimento sério na satisfação com a gravidez e na adaptação ao papel de mãe ou de pai (Brown, 1994).

O stress parental e conjugal que advém dos conflitos conjugais relacionados com a parentalidade traduz-se por estratégias de negociação adversas que podem ter repercussões sobre os aspectos fundamentais da vida conjugal, como a intimidade ou a satisfação conjugal em geral (Bigras & Paquette, 2000). A dissonância conjugal, para além de ser estruturante do desempenho das actividades da maternidade na mulher, é o factor mais consistentemente reportado na literatura em relação à depressão materna pós-parto (e.g., O'Hara, 2009; O'Hara & Swain, 1996).

Por outro lado, se houver a antecipação de problemas conjugais durante a gravidez poderá aumentar a atenção para a manutenção adequada da relação conjugal a seguir ao parto, como é sugerido nos resultados de uma investigação de Curran, Hazen, Jacobvitz e Sasaki (2006). Os autores avaliaram a comunicação diádica em 86 casais, através da conexão e da receptividade emocionais, durante a transição para a parentalidade e concluíram que existe uma associação significativa entre a identificação da desarmonia conjugal e a harmonia emocional no pós-parto, estando esta mais centrada na mulher.

Para além do conflito, há uma variedade de factores que contribuem para as alterações na satisfação com a vida conjugal, no período de transição para a parentalidade. De acordo com os resultados das investigações publicadas, entre outros, estes factores são:

o esforço físico nos cuidados à criança, o aumento das responsabilidades financeiras, as exigências emocionais resultantes das novas responsabilidades familiares, as restrições decorrentes da parentalidade e a redefinição dos papéis (Parke, 1996). O tipo de planeamento da gravidez (Bouchard et al., 2006) e as estratégias de resolução de problemas (Houts et al., 2008) foram também considerados factores relevantes na qualidade e positividade da satisfação conjugal.

A redefinição de papéis desempenhados e assumidos por cada membro do casal em relação ao outro é, talvez, o factor de maior importância na relação conjugal e prende-se com as questões da identidade e da sexualidade (Colman & Colman, 1994; Silva & Figueiredo, 2005; Stern & Stern, 2005). As investigações no domínio da sexualidade do casal têm mostrado que este período é crítico para o início, ou agravamento, de problemas sexuais, uma vez que o desejo, o interesse e a actividade sexual tendem a diminuir (Silva & Figueiredo, 2005). A conciliação do papel parental do casal com a sua vida de casal sexuado pode ser particularmente difícil, verificando-se atitudes negativas face a esta área da vida conjugal (Colman & Colman, 1994).

Um estudo longitudinal de Katz-Wise, Priess e Hyde (2010) mostrou que após o nascimento do filho, os pais (homens e mulheres) tornam-se mais tradicionais do que igualitários no papel de género no que se refere a atitudes e comportamentos face à divisão de tarefas domésticas e à identidade. São as mulheres quem muda mais no sentido tradicional. A mudança nessa direcção é mais acentuada para os que são pais e mães pela primeira vez do que para aqueles que já têm filhos anteriores.

Estes resultados decorrem, provavelmente, de dois aspectos, por um lado, as interrelações entre os aspectos biológicos, psicológicos e culturais na nova situação - princípio epigenético, tais como: as alterações corporais importantes vividas pela mulher e a amamentação (que não acontecem com o homem); as expectativas e alterações psicológicas típicas deste período e as pressões e aprendizagens culturais. Por outro lado, na mulher, as mudanças acentuadas no sentido tradicional podem estar associadas ao significado da mudança psicológica e comportamental da maternidade. Frequentemente, a mulher passa a interessar-se mais pela identidade do marido/companheiro como pai do seu filho do que como seu marido/companheiro, o que é, muitas vezes, acompanhado por uma diminuição do desejo sexual e motivo de dificuldades na compreensão e aceitação pelo cônjuge (Stern & Stern, 2005). No homem, as mudanças de papéis no sentido tradicional podem ser uma forma de protecção e suporte para o que lhe está a acontecer, pois os que já

têm filhos vivem a mudança de forma menos acentuada, como mostrou a investigação realizada por Katz-Wise et al. (2010).

O planeamento da gravidez mostrou ser também de grande importância no modo como os casais experienciam a transição para a parentalidade. Um resultado por nós considerado surpreendente foi encontrado num estudo de Bouchard et al. (2006), ao mostrar que os casais que não planearam a gravidez melhoraram o funcionamento da sua relação conjugal após o nascimento do bebé e, os casais que planearam a gravidez, experimentaram um decréscimo no funcionamento conjugal depois do nascimento do bebé, em comparação com o período de gravidez.

As estratégias de resolução de problemas adoptadas pelos casais são fundamentais nos períodos vulneráveis. Os casais com um padrão construtivo de resolução dos problemas e, conseqüentemente, maior capacidade de resolução dos mesmos, relatam menor desconforto/stress e maior satisfação conjugal do que os casais com um padrão destrutivo da resolução de problemas. Este segundo tipo de casais apresenta mais sintomatologia depressiva, uma visão mais negativa do casamento e mais divórcios do que o outro tipo de casais referido (Houts et al., 2008).

Uma relação de casal de qualidade consolida a função parental favorecendo a coesão e o suporte mútuo, em caso de necessidade, uma vez que o papel de pai/mãe necessita, muitas vezes, de conforto, apoio moral ou material, o que pode ser oferecido por um cônjuge atento (Bigras & Paquette, 2000). A qualidade conjugal pode, também, ter efeitos muito significativos nas percepções em relação aos seus filhos, principalmente das mães (Brown, 1994), assim como no desenvolvimento dos padrões de vinculação dos filhos (Isabella & Belsky, 1985).

Isabella e Belsky (1985), atrás citados, referiram ainda que a satisfação conjugal positiva durante a gravidez do primeiro filho predispõe ao nascimento de bebés que terão padrões de vinculação seguros ao ano de idade. Além disso mostraram que as mães de crianças com vinculação insegura, um ano após o parto, sentem um decréscimo nos aspectos positivos do casamento e um aumento dos seus aspectos negativos, em comparação com as mães de bebés que estabelecem vinculações seguras. Em relação aos homens, os autores não encontraram relações significativas entre as mudanças conjugais e a vinculação dos filhos.

Como se tem vindo a analisar, a entrada de um ou mais filhos no casamento, muda a natureza dos vínculos. Estas mudanças são, habitualmente, desafios desenvolvimentais para ambos os membros do casal, apesar de vários estudos apontarem para um maior efeito nas

mulheres do que nos homens, no que se refere ao estabelecimento de padrões vinculativos na descendência. Estes estudos serão aprofundados à frente, num capítulo inteiramente dedicado ao estudo da vinculação.

3.2. Adaptação parental no primeiro ano pós-natal

Para os pais pode ser mais difícil viver com o bebé real após o nascimento do que algum dia, durante a gravidez, eles puderam imaginar (Colman & Colman, 1994). No período após o nascimento é muito importante que os pais conciliem a criança imaginária e fantasmática com o bebé real e que criem um universo interactivo, enriquecedor e satisfatório entre eles e o seu filho. A supremacia quer de uma criança, a imaginária, quer da outra, a real, poderá produzir, respectivamente, uma fixação inadequada de interesse, mesmo que distante da realidade do recém-nascido, ou dar origem a uma relação sem afecto (Golse, 2005).

O encontro com o recém-nascido, no período pós-parto, desencadeia sentimentos e emoções face a si próprios e ao filho que se relacionam com o processo de ajustamento parental. Mendes (2009), num estudo que realizou a propósito do ajustamento parental, encontrou sentimentos de felicidade, de alegria e de gratificação, mas também de ansiedade e medo, logo a seguir ao parto, quando é a primeira vez que ambos os cônjuges são pais. A autora concluiu que, no período pós-parto, ambos os pais se envolvem emocionalmente com o recém-nascido, o que se insere no contexto do “bonding” pais-bebé (Klaus & Kennel, 1976; Figueiredo, 2003; Figueiredo et al., 2005). Estes resultados vão ao encontro de outros dados empíricos que apontam para a complementaridade das funções, comportamentos e atitudes do pai e da mãe, justificando a importância central de ambos no processo de desenvolvimento dos filhos e a sua especificidade funcional (Lamb, 1997).

Nos primeiros meses do puerpério, ao longo das primeiras seis semanas, os pais adquirem um aumento do interesse e da confiança relativamente aos aspectos relacionados com a criança e com o papel parental e um decréscimo das preocupações. Esta situação pode estar relacionada com o conhecimento e com a experiência adquiridos. A mais evidente preocupação dos pais, neste período, é a necessidade de informação acerca da saúde do bebé, do comportamento neo-natal e dos cuidados a prestar. No entanto, surgem também preocupações relativas às relações familiares (Lugina et al., 2001).

Um estudo longitudinal de Conde e Figueiredo (2007) com 127 casais recrutados no primeiro trimestre de gestação mostrou que as preocupações parentais dominantes no período de transição para a parentalidade são a possibilidade de ocorrência de complicações a nível da saúde e a condição económico-social. Estas, juntamente com a área profissional, familiar e interpessoal, englobam os acontecimentos de vida adversos onde se focaliza a maior intensidade da preocupação das mulheres e dos homens. Segundo as autoras, os processos de transição para a parentalidade são idênticos em homens e mulheres e o perfil de preocupações é semelhante em ambos os progenitores.

Apesar de os pais referirem, muitas vezes, preocupações de natureza funcional, o seu ajustamento ao recém-nascido e ao desenvolvimento do mesmo, provoca reacções emocionais e sintomatologia psicológica às quais não podemos ser alheios. Moura-Ramos e Canavarro (2007) estudaram a adaptação materna e paterna ao nascimento de um filho no primeiro dia após o parto e aos oito meses, comparando a reactividade emocional e a sintomatologia psicológica de ambos os elementos do casal. Verificaram que, nos primeiros dias pós-parto, os pais têm maiores níveis de felicidade e menores de tristeza do que as mães. Na sintomatologia psicológica, os pais e as mães no mesmo período são significativamente diferentes em todas as dimensões, excepto na dimensão ideação paranóide (embora nesta as mães pontuem mais alto). Aos oito meses após o parto não se encontraram diferenças entre mulheres e homens na reactividade emocional e, na sintomatologia psicopatológica, apenas se verificaram diferenças significativas na dimensão depressão, com valores mais elevados nas mulheres. Nas restantes dimensões não houve diferenças significativas entre os progenitores.

As autoras concluíram que há reacção emocional mais intensa e adaptação psicológica mais difícil nas mães do que nos pais. Nos primeiros dias há mais tristeza (emoções negativas) e menor felicidade (emoção positiva) nas mães do que nos pais e a sintomatologia psicopatológica é mais acentuada nas mulheres do que nos homens. No segundo momento, os resultados atenuam-se, indicando maior aproximação na adaptação parental. Esta adaptação parece ser mais desafiante para as mães do que para os pais. No entanto, tanto os pais como as mães têm menor sintomatologia psicopatológica do que a população em geral, nos primeiros dias após o parto, assim como ao oitavo mês.

Bigras e Paquette (2000) correlacionaram o stress familiar e extra-familiar, controlando a idade da criança. Os resultados obtidos foram explicativos de 7 a 54% da variância e indicam que o stress maternal, os conflitos conjugais, o isolamento social e o risco psicossocial, estão negativamente associados à qualidade dos comportamentos

maternos em relação à criança. De acordo com os autores, as relações da mãe, principalmente, com os rapazes estão significativamente mais associadas ao stress familiar e extra-familiar, em comparação com as raparigas.

O desafio que se coloca às mães prende-se, provavelmente, com o seu papel tradicional na primazia dos cuidados ao filho, no tempo que lhe dedicam e, com a dimensão relacional, tal como a qualidade e a quantidade das interações afectivas, fantasmáticas e comportamentais que com ele estabelecem. Para além destes aspectos, há que incluir a dimensão biológica e a cultural, como já atrás foi referido.

3.3. A comunicação entre o bebé e os pais

A comunicação entre os pais e o recém-nascido é fundamental para o desenvolvimento do pensamento do bebé, da sua transformação num ser humano social e para a transformação dos pais, em pais daquele filho. O bebé nasce munido de capacidades perceptivas e motoras, as "unidades de comunicação" (Stern, 1992), que lhe permitem estabelecer a ligação humana, a comunicação e as trocas emocionais, durante as interações, nos primeiros meses de vida tais como: sistema visual-motor em funcionamento; reflexos que permitem fixar e seguir um objecto; estruturas que tendem a ordenar as suas experiências em hierarquias cada vez maiores, mais complexas e de maior alcance; numerosas expressões faciais que, embora reflexas, provam um grau surpreendente de maturidade facial neuromuscular e "sorriso reflexo".

O sistema visual-motor atinge a maturidade no fim do terceiro mês e a sua distância focal é quase tão extensa como a dos adultos. O bebé segue a figura materna para todo o lado com o olhar, movem-se os olhos e a cabeça e pode evitar ou procurar a comunicação. A coordenação olho-mão atinge a maturidade pelos seis meses e o bebé passa a ter um grande interesse por objectos que quer manipular. O sorriso torna-se exógeno entre as seis semanas e os três meses, quando solicitado por acontecimentos exteriores - o sorriso social. Aos três meses torna-se um comportamento instrumental que se aperfeiçoa com o avanço da idade. Estes avanços no sorriso são paralelos ao avanço das capacidades cognitivas e perceptivas do bebé que permitem que "o mesmo velho sorriso apareça sob condições diferentes, em resposta a estímulos diferentes e ao serviço de diferentes funções" (Stern, 1992, p. 62).

O desgosto ou o choro, com ou sem lágrimas, evolui com a idade e, pelos três meses, é já um comportamento social ou instrumental que ajuda o bebé a conduzir e a regular a sua parte de interacção. Os estados de vigília e o temperamento são comportamentos individuais e específicos de cada bebé e têm muito que ver com o estabelecimento da interacção. O temperamento pode ser definido como "disposições de base relativamente estáveis inerentes à pessoa, que modulam e sustentam a expressão da actividade, da "reactividade" (aproximação ou afastamento em resposta ao estímulo; limiar de resposta; atenção e interesse pelos estímulos), das emoções (positivas e negativas) e da sociabilidade" (Lamour & Lebovici, 1991, p. 185). O bebé, através desta acção de retorno, deixou de ser considerado um objecto passivo modelado pelos pais e passou a ser considerado um ser activo que também modela. Diversos estudos mostraram que as atitudes e os comportamentos dos pais variavam em função das características dos seus filhos, como a idade, o sexo, o desenvolvimento psicomotor, etc. Por seu lado, também os bebés mostram diferenças significativas entre eles e no modo como entram em interacção. De acordo com Lebovici (1987, p. 87), "O modelo da interacção mãe-bebé é, pois, tornado uma sequência de trocas recíprocas utilizando mensagens e sinais próprios ao estágio de desenvolvimento do bebé", aspecto já atrás referido na abordagem da transição para a maternidade.

A análise das interacções mãe-bebé apareceu nos estudos de Spitz publicados em 1953 (Spitz, 1988), com a descrição dos organizadores do psiquismo. A partir dos anos 60 foram demonstradas as competências dos recém-nascidos. Mas foi Brazelton, na década de 70, quem inaugurou o estudo sistemático das interacções mãe-bebé, através de registos de vídeo (Houzel, 2003). Depois destes, muitos outros estudos foram desenvolvidos nesta área, tais como: sincronia diádica (Condon & Sander, 1974); sintonização afectiva ou harmonia dos afectos (Stern, 1992, 1995); a intersubjectividade, de Trevarthen; a referência social de Emde e colaboradores; a imitação, de Nadel e consciência diádica proposta por Tronick, estes últimos referenciados por Houzel (2003). Todos os trabalhos tiveram os seus desenvolvimentos a partir de paradigmas experimentais que foram: a Strange Situation (Situação Estranha), de Ainsworth (1969), os estudos Still Face (rosto imóvel), de Tronick, Als, Adamson, Wise e Brazelton (1978) e a comunicação directa protelada de Murray e Trevarthen (1985).

O pai tem um papel importante na interacção e as crianças rapidamente os distinguem das suas mães. Os pais têm modos muito específicos de lidar com o bebé, o que os faz diferenciar-se. Também os outros parceiros são importantes, pois pertencem ao

ambiente envolvente da criança, principalmente os irmãos. Segundo Lamour e Lebovici (1991) é através da mãe ou figura materna que a criança toma conhecimento dos seus papéis. De acordo com Spitz (1988), a mãe é o parceiro humano do filho a partir do início da vida e serve de mediador a toda a percepção, acção, insight e conhecimento. Todas as influências da família e do ambiente cultural são transmitidas à criança pela mãe.

No entanto, no contexto desenvolvimental, a organização psíquica de ambos os progenitores influencia as interacções e a organização psíquica do filho. O funcionamento psíquico da criança (temperamento, natureza do seu sistema projectivo, características das suas modalidades pessoais de vinculação, o seu estilo de sintonia afectiva, etc.) também é susceptível de influenciar o funcionamento dos pais e de os tornar mais ou menos seguros ou inseguros, independentemente do tipo de criança que eles próprios foram (Golse, 2007).

O bebé pode activar, na mãe ou no pai, representações de esquemas de vinculação, seguros ou inseguros, sem estreita correlação com o que realmente esses esquemas foram para a mãe ou para o pai. Segundo o autor acima referenciado, o passado organiza o presente e o presente permite reler, reconstruir e retrodizer o passado que, uma vez reorganizado, terá então um novo impacte no presente e assim sucessivamente. Ainda citado por Golse (2007), Freud, em 1914, havia referido que o indivíduo herda todo um material psíquico indispensável para a sua construção através das duas filiações (materna e paterna).

As investigações sistémicas e psicanalíticas tentam especificar, através da intergeracionalidade, por onde se podem exercer as influências das gerações passadas sobre as gerações actuais. Um conjunto de trabalhos insere-se na perspectiva da teoria da vinculação de Bowlby, ou seja, a herança do bebé no quadro das interacções precoces durante o primeiro ano de vida consistiria em esquemas de vinculação de natureza qualitativa, variada e assentes na constituição dos “modelos internos operantes” construídos pelo contacto com as principais figuras de vinculação (em primeiro lugar a mãe). Outro conjunto de trabalhos insere-se numa perspectiva psicanalítica onde, vários autores, procuraram observar como as representações e os fantasmas parentais podiam vir impregnar e modelar as interacções fantasmáticas entre pais e bebés (transmissões transgeracionais observadas): o “Mandato transgeracional” (Lebovici, 1997); as “projeções parentais na criança” (Cramer & Palacio-Espasa, citado por Golse, 2007) e a “sintonia afectiva” (Stern, 1992).

Numa perspectiva ecológica, a maneira como cada um dos pais se relaciona com a criança é determinado pela sua personalidade, pela organização psicológica no momento,

pelos relacionamentos conjugais, pelas características particulares da criança, pelo histórico das mudanças que fazem uma relação específica numa díade e pela natureza das relações tidas com os outros membros do meio envolvente (Lamb, 1997; Lamb & Tamis-LeMonda, 2004). Assim, podemos afirmar, em síntese, que a interação entre os membros de uma família não depende apenas dos comportamentos emitidos por parte de cada um mas, dependem também da história das mudanças que formam uma relação específica numa díade e da natureza das relações mantidas com outros membros da família, com a vizinhança ou com a comunidade (Bronfenbrenner, 1986).

CAPÍTULO II

PERTURBAÇÕES PSICOLÓGICAS DA GRAVIDEZ E DO PUERPÉRIO

1. Psicopatologia da gravidez

O tempo de gestação é marcado por experiências psicológicas ímpares, com transições muito acentuadas e, por consequência, com ansiedades e regressões emocionais que põem em risco o ajustamento adaptativo das mulheres e dos homens, sentindo-se estes, muitas vezes, perdidos e incompletos (Brazelton, 1993). Neste contexto, podem surgir perturbações psicológicas associadas à gravidez, mais comuns neste período do que após o parto, ou mesmo em qualquer outra fase das suas vidas (Glover, Bergman, & O'Conner, 2008).

Kumar, Robson e Smith (1984) referiram que a maternidade está associada a risco de desordem psiquiátrica e construíram um questionário de avaliação da percepção do corpo, dos sintomas somáticos, da relação marital, das atitudes perante o sexo e face à gravidez e ao bebé, a aplicar durante a gravidez, com o objectivo de detectar precocemente aquelas dificuldades e prevenir a ocorrência de patologia.

Os estudos publicados nos últimos anos sobre as alterações emocionais que ocorrem durante a gravidez têm incidido muito sobre as perturbações do humor (ansiedade, stress e depressão) porque são as mais frequentes quer durante a gravidez, quer após o parto. A sintomatologia ansiosa tem sido indicada, invariavelmente na literatura desde os anos 80, como a condição mais comum na mulher que vive a gravidez (Conde & Figueiredo, 2007).

Alguns estudos vêm também incidindo sobre a análise de outras variáveis psicopatológicas menos comuns (e.g., Andersson et al., 2004; Lugt-Tappeser & Wiese, 1994; Matthey, Barnett, Ungerer, & Waters, 2000; Pereira et al., 1999) e outros estendem ao homem que espera um filho o estudo das variáveis psicológicas investigadas na mulher (e.g., Field, Diego, Hernandez-Reif, Figueiredo, Deeds, Contogeorgos, & Ascencio, 2006; Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco, & Costa, 2009). O aspecto clínico mais importante de todos eles é a oportunidade de planear e de implementar intervenções que minimizem os problemas e os riscos que lhes estão associados.

Ao longo dos últimos trinta anos, as investigações efectuadas neste domínio focaram-se nos factores de risco psicossocial que contribuíam para a ocorrência de perturbações psicológicas durante a gravidez, como por exemplo, os conflitos conjugais, a história dos acontecimentos de vida stressantes, o stress do último ano, a história pessoal e familiar de depressão e o baixo apoio social (Beck & Indman, 2005, citados por Jolley & Spach, 2008). Actualmente, aos factores de risco enunciados acresce a investigação mais

recente que coloca a tónica na base biológica das perturbações do humor, cuja premissa se baseou nas mudanças bruscas, vividas pela mulher (e pelo homem) durante a gravidez e no pós-parto (Jolley & Spach, 2008).

As preocupações actuais com as perturbações do humor dos progenitores durante a gravidez, como os altos níveis de depressão, de ansiedade e de stress prendem-se, em grande parte, com o comprometimento do desenvolvimento neurológico do feto e, conseqüentemente, do bebé e da criança. Muito embora não seja recente o conhecimento de que o estado de humor da mãe, durante a gravidez, afecta o bebé, o desenvolvimento da investigação nesta área apenas eclodiu nas últimas décadas, primeiro em animais e, depois, em humanos (Glover et al., 2008). Hoje sabe-se que os fetos expostos a alterações emocionais durante a gravidez serão crianças com duas vezes maior risco de problemas de comportamento dos 4 aos 7 anos, do que em circunstâncias normais (DiPietro, Novak, Costigan, Atella, & Reusing, 2006).

Curiosamente, Hipócrates foi o pioneiro na atribuição de um regime psíquico próprio da experiência de gravidez e referiu a importância das atitudes emocionais no resultado da mesma – a criança. Marcé, discípulo de Esquirol, publicou em 1858 o livro *Traité de la Folie des Femmes Enceintes, des Nouvelles Accouchées et des Nourrices et Considérations Médico-légales qui se Rattachent à ce Sujet*⁷, criando a área da Psicopatologia Perinatal (Golse, 2007).

Novos desenvolvimentos na investigação à volta do parto fomentam a ideia de que é necessário considerar o espectro das perturbações da depressão e da ansiedade que surgem no período perinatal e defini-las no contexto da saúde mental, englobando a gravidez e o primeiro ano após o parto (Austin, 2004). Este ponto de vista parece clarificar o interesse da avaliação e análise da depressão e da ansiedade, como estados que estabelecem um contínuo entre a gravidez e o pós-parto, enfatizando o reconhecimento crescente da importância da prevenção e da intervenção precoce neste período. O grande objectivo é reduzir a depressão pós-parto, patologia muito frequente e com conseqüências muito relevantes na mulher e na sua descendência, assunto que desenvolveremos à frente.

Em seguida, apresentamos os quadros clínicos típicos das perturbações da ansiedade, depressão e stress e as perturbações da personalidade que ocorrem na mulher e no homem durante a gravidez, e apresentamos os estudos publicados que consideramos mais relevantes. Referiremos o pós-parto sempre que seja pertinente e vantajoso, mas a

⁷ Esta obra foi reeditada em 2002 pelas edições L'Harmattan, Grenoble.

psicopatologia do puerpério será tratada mais à frente, por razões de facilidade de exposição.

1.1. Perturbações do humor

1.1.1. Ansiedade

A ansiedade é o quadro mais comum durante a gravidez. A sua prevalência varia de acordo com os estudos e com o momento de avaliação mas aponta-se que 54% das mulheres sofrem de ansiedade pré-natal pelo menos durante um trimestre (Lee et al., 2007). Para a ansiedade-estado essa percentagem é de 59.5% e, para a ansiedade-traço é 45.3% (Faisal-Curry & Menezes, 2007).

O número de mulheres que apresenta sintomatologia ansiosa é mais elevado na gravidez do que no pós-parto (Figueiredo & Costa, 2009; Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco, & Costa, 2009). A prevalência é de 7 a 10% (Ross et al., 2003). A ansiedade decresce um pouco nos países nórdicos, nomeadamente, na Suécia onde foram encontradas 5.9% de grávidas com ansiedade clínica, além de 1.1% com obsessões-compulsões, 0.4% com fobia social e 0.2% com perturbações alimentares (Andersson et al., 2004).

A natureza da ansiedade durante a gravidez é multidimensional e altera-se grandemente ao longo deste período (e.g., Conde & Figueiredo, 2003, 2007; Justo, 1994; Justo et al., 1999). No segundo trimestre, espera-se que a ansiedade seja menor do que no primeiro e no terceiro, o que não causa surpresa uma vez que, nestes períodos, os factores de risco estão aumentados (Lee et al., 2007).

Sing e Saxena (1991) realizaram um estudo com mulheres indianas, grávidas e não grávidas, e afirmaram que a ansiedade-estado é mais elevada ao longo de toda a gravidez, variando ao longo da mesma. Aumenta após a notícia da gravidez, tem um pico por volta dos cinco meses e diminui a partir daí, voltando a aumentar ao oitavo e nono meses, com queda imediata após o parto. Os valores voltam ao normal seis meses após o parto.

Astbury (1980) também encontrou variações muito significativas na ansiedade-estado. Mas, no seu estudo, estas aconteceram da seguinte forma: um nível intermédio no final da gravidez, um pico durante o parto e uma diminuição marcada no pós-parto. A ansiedade-traço não se manteve estável, ao contrário do esperado pela autora. Diminuiu entre o primeiro e o terceiro momento de avaliação, o que foi atribuído a dificuldades das participantes em discriminar sentimentos actuais e o modo habitual de os sentir.

Um estudo de Teixeira et al. (2009) mostrou que a ansiedade-estado na gravidez é mais elevada nas mulheres do que nos homens e tem a configuração de U em ambos os parceiros. Demonstrou também que as primíparas e os seus companheiros se diferenciam das múltiparas e respectivos companheiros, sendo que os primeiros têm maior nível de ansiedade no primeiro trimestre do que no terceiro e os segundos apresentam esse valor mais aumentado no terceiro trimestre em comparação com o primeiro. A iminência do parto, conhecido das múltiparas por experiência prévia, pode ser a razão destes resultados.

O controlo da ansiedade é importante para uma gravidez saudável e para um "bom" parto e a sua gestão faz-se através dos mecanismos de defesa. Estes têm um papel importante na manutenção do equilíbrio emocional durante a gestação. Foi com base nestas premissas que Justo (1990) levou a efeito um estudo onde comprovou que os mecanismos de defesa sofrem uma modificação específica durante a gravidez, proporcionando um adequado ajustamento psicológico ao longo dos nove meses. O estudo foi feito com três amostras, uma de mulheres grávidas saudáveis, outra de grávidas de alto risco e outra de não grávidas. O autor concluiu que existem diferenças importantes nos mecanismos de defesa observados nos três grupos. Essas diferenças têm que ver, sobretudo, com os mecanismos que lidam com o impulso agressivo e com os que operam no sentido de negar a existência de conflitos. As mulheres grávidas em alto risco obstétrico reduzem ao mínimo o uso de mecanismos relacionados com o impulso agressivo e inflacionam o uso de mecanismos que operam no sentido da negação da existência de conflitos.

Justo (1990) concluiu que a mulher grávida, ao sentir-se ameaçada por um problema de saúde, reorganiza os seus mecanismos de defesa de forma a reprimir qualquer vivência impulsiva, do tipo agressivo e anula a vivência de possíveis conflitos psicológicos. A gravidez normal implica um aumento do contacto com a impulsividade e a sua vivência provoca um uso menos intenso dos mecanismos destinados a apagar, ou a desvanecer, a conflitualidade psicológica, mas não de uma forma tão intensa quanto a utilizada pelas grávidas de alto risco. A ansiedade durante a gravidez pode afectar negativamente a gestação e o bebé por ser mediadora de mudanças endócrinas, por um lado, e de determinados comportamentos de risco, por outro, tais como o consumo de tabaco, baixa procura de cuidados pré-natais, alimentação e ganho ponderal inadequados (Berle, Mykletum, Daltveit, Rasmussen, Holtsten, & Dahal, 2005; Neggers, Goldenberg, Cliver, & Hauth, 2006). A ansiedade pode ainda provocar aborto e parto pré-termo (Soifer, 1992), mas a este respeito os estudos não são conclusivos.

Os primeiros estudos a mostrar a relação entre a ansiedade e as complicações obstétricas, foram realizados nos anos 60 por Davids et al., 1961; Davids e DeVault, 1963 e McDonald et al., 1962 (citados por Maldonado, 1991). Os autores concluíram que as mulheres que tinham distocias de parto apresentavam maior nível de ansiedade manifesta, evidenciavam menor força do ego, maior tendência a ter sentimentos de culpa e maior incidência de defesas obsessivas e de intelectualização face a situações ameaçadoras, tais como a gravidez.

Estudos realizados nos últimos anos enfatizam as consequências da ansiedade durante a gravidez na descendência (o bebé), e confirmam a associação significativa entre o nível de ansiedade no fim da gravidez e a ocorrência de problemas obstétricos durante o trabalho de parto e de problemas pediátricos durante ou após o parto e a longo prazo.

Por exemplo, O'Connor, Heron, Golding, Beveridge e Glover (2002) afirmaram que pode existir um efeito directo do humor materno no desenvolvimento cerebral do feto que afecta o desenvolvimento comportamental posterior da criança e demonstraram que a ansiedade materna durante a gravidez prediz problemas comportamentais e emocionais na criança aos quatro anos. Brouwers, Van-Baar e Pop (2001) associaram o elevado nível de ansiedade materna durante a fase final da gravidez a um menor desenvolvimento mental da criança aos dois anos de idade.

Um estudo sueco de Ohman, Grunewald e Waldenström (2003) evidenciou que as maiores preocupações das mulheres durante a gravidez, relacionadas com os níveis de ansiedade, centraram-se na saúde do bebé, no parto e na possibilidade de terem um aborto. Por último, vieram os problemas financeiros e as preocupações com os serviços de saúde. Esta última preocupação não era esperada pelos autores dada a qualidade e acessibilidade dos cuidados de saúde daquele país. No mesmo estudo, a relação conjugal e a presença do marido no parto não constituíram motivo de preocupação e, a meio da gravidez, aconteciam as menores preocupações.

Maldonado (1994) defende que as mudanças emocionais provocadas pelas transformações que ocorrem na gravidez se justificam com a existência de conflitos normalmente presentes neste período, mas reconhece a possibilidade de outros factores, fisiológicos e biológicos, influenciarem a etiologia dos estados emocionais da gravidez. São factores de risco para níveis elevados de ansiedade na gravidez, sistematizados por Conde e Figueiredo (2003), os factores demográficos (raça, idade, estado civil, anos de estudo, situação profissional e nível socioeconómico); obstétricos (desde a história menstrual à história obstétrica passada e presente); psicológicos (nomeadamente relativos à história

pessoal da mulher, passado psicopatológico, características de personalidade, atitude relativamente ao sexo e desejo de engravidar); psicossociais (ocorrência de acontecimentos significativos de vida e redes de apoio social disponíveis) e factores de ordem cultural.

A ansiedade na gravidez está frequentemente associada a baixo nível educacional, ao estado civil de não casada e ao elevado conservadorismo nos papéis tradicionais. A ansiedade-traço está associada a baixo rendimento e a etnia não caucasiana (Faisal-Curry & Menezes, 2007). Idades mais avançadas e ansiedade durante a gravidez predizem a ansiedade no puerpério (Podbilewicz-Schuller, 1997). Os factores de risco socioeconómicos e sociodemográficos estão associados a ansiedade muito elevada (Faisal-Curry & Menezes, 2007), constituindo factores fundamentais para uma intervenção social atempada.

1.1.2. Depressão

A depressão na gravidez existe nas mulheres e nos homens. Os seus níveis são preocupantes, embora a DSM-IV-TR não reconheça a existência de depressão pré-natal (Misri & Joe, 2008).

Uma metanálise de Bennett et al. (2004, citada por Misri & Joe, 2008) mostrou que 7.4% das mulheres sofrem de depressão no primeiro trimestre de gravidez, 12.9% no segundo e 12% no terceiro. Dayan et al. (2006), num estudo realizado em França, encontraram 11.2% de mulheres com depressão pré-natal. Evans, Heron, Francomb, Oke e Golding (2001) relataram que 13,5% das mulheres grávidas estão deprimidas às trinta e duas semanas de gestação. Faisal-Curry e Menezes (2007) apontaram para uma prevalência de 19.6%. Em Portugal a prevalência de grávidas com sintomas de depressão no terceiro trimestre de gravidez, avaliadas com a EPDS (> 12) é de 18.5% (Figueiredo, Pacheco, & Costa, 2007).

Andersson et al. (2004) encontraram 11.6% de grávidas suecas com depressão clínica, avaliadas no estudo que realizaram com o PRIME-MD (The Primary Care Evaluation of Mental Disorders), em que 3.1% corresponde a depressão *major* e 7.1% a depressão *minor*. Marcus (2009), a partir de uma revisão da literatura, referiu que há uma taxa de 10% de grávidas com depressão clínica *major* e de 18% com sintomatologia depressiva durante a gravidez.

Num estudo americano, a incidência da depressão paterna variou de um a 26% nas amostras comuns e de 24 a 50% nos homens cujas mulheres estão deprimidas (Field et al.,

2006). Muitos casais estão deprimidos durante a gravidez. Estudos publicados apontam para que 20% das mães e 12% dos pais australianos estejam significativamente deprimidos a meio da gravidez (Idem).

Nos anos 70 considerava-se a depressão pós-parto mais frequente do que a depressão na gravidez e descrevia-se a sua ocorrência como um primeiro episódio depressivo na vida da mulher (Kumar & Robson, 1984). Mais tarde, em 1978, um estudo longitudinal realizado pelos mesmos autores sobre a avaliação da depressão na gravidez em primíparas, apontava para a maior morbidade psiquiátrica da mulher durante a gravidez e após o parto, com um primeiro pico de ansiedade e de depressão no primeiro trimestre e um segundo pico após o parto. Apesar das limitações do estudo, na década de setenta começou a apoiar-se a ideia de que existe um contínuo entre a depressão pré-natal e pós-natal, o que veio a confirmar-se ao longo dos anos, com a investigação realizada. Sabe-se, hoje, que as mulheres que têm uma depressão pré-natal correm maior risco de continuarem deprimidas no período pós-parto (Misri & Joe, 2008), o que significa que uma parte das mães deprimidas após o parto já o estaria durante a gestação.

A prevalência da depressão pré-natal é superior à do pós-parto, como evidencia o estudo de Evans et al. (2001) ao apontar a presença de um decréscimo dos 13.5% na depressão na gravidez (às trinta e duas semanas de gestação) para os 9.1% de depressão no pós-parto, às oito semanas após o nascimento. Também Figueiredo et al. (2007) indicaram que os valores da depressão na gravidez são superiores aos encontrados no período pós-natal e referiram que mais do que uma em cada quatro mulheres está deprimida, antes ou depois do parto e, algumas destas, estão deprimidas nos dois momentos. Larsson, Sydsjo e Josefsson (2004) mostraram que mulheres com sintomas de depressão pré-natal (EPDS ao terceiro trimestre de gravidez) tiveram maior risco de ter sintomas de depressão no período pós-natal, das seis às oito semanas, aos seis meses ou nos dois períodos.

Os estudos podem, por vezes, mostrar resultados não esperados e que não deixam de ser muito interessantes, talvez devido aos instrumentos de medida utilizados e à natureza das variáveis a comparar, mas também à zona geográfica onde se faz a investigação. É o caso do estudo transcultural realizado em dez cidades de diferentes países, incluindo Portugal, para adaptar a Entrevista Clínica Estruturada da DSM-IV (Gorman et al., 2004). Na amostra total deste estudo, a prevalência da depressão na gravidez foi 6.9%, sendo que em 3.5% se tratava de depressão *major*. No período pós-natal, a prevalência da depressão subiu para 8%, onde 4.2% daqueles casos é depressão *major* e 6.6% são sintomas depressivos, o que contradiz a maior parte dos estudos publicados.

No entanto, se compararmos, neste estudo, a sintomatologia depressiva avaliada com a EPDS (> 13) durante a gravidez (8.7%) e a percentagem de sintomas depressivos avaliados com a EPDS (> 13) após o parto (6.6%) e, se compararmos a prevalência conjunta da depressão e da ansiedade avaliadas nesta investigação, no período pré-natal (11.8%) e no pós-natal (10%), o que se justifica pelos elevados níveis de ansiedade que estão presentes na gravidez, verificamos o decréscimo concordante com outras investigações.

Embora com amostras pequenas, é interessante observar, ainda no estudo referido, as diferenças na prevalência da sintomatologia psicopatológica, da depressão e ansiedade e da depressão por si só, entre os diferentes países e nas diferentes cidades de cada país. Portugal (Porto) e França (particularmente Bordéus) apresentam maior percentagem de casos, quer de depressão, quer do conjunto das perturbações psiquiátricas estudadas.

Contradizendo a literatura publicada, não foram encontradas diferenças significativas nos valores de depressão avaliados com a EPDS três meses antes do parto e três meses após o parto, numa amostra portuguesa, apesar de ter havido diferenças nos níveis de ansiedade e de stress que decresceram significativamente do primeiro para o segundo momento (Figueiredo & Costa, 2009).

Muitos estudos têm mostrado que entre as mulheres nas quais foram encontrados critérios para perturbação depressiva *major*, apenas um pequeno número (cerca de 20%) procura tratamento durante a gravidez e no período pós-parto. Com certeza, este fenómeno deve-se ao facto de os sintomas comuns de depressão, tais como modificações no sono, apetite e actividade, poderem ser interpretados, erradamente, como experiências normativas da gravidez (Marcus, 2009).

Não fazer o tratamento da depressão durante a gravidez pode trazer resultados muito desfavoráveis à mulher e à criança como temos vindo a salientar. Redshaw e Akker (2007) notaram que a saúde mental, nomeadamente no que se refere às perturbações tais como a depressão materna e os sintomas depressivos das mulheres, pode afectar a sua resposta e ajustamento à gravidez, nascimento, relações conjugais e parentalidade. As autoras acrescentaram que também a grande insatisfação com o corpo pode ser motivo de depressão pré-natal e, portanto, um aspecto a considerar na intervenção com as grávidas.

Os preditores da depressão na gravidez, descritos na literatura, são as condições sociodemográficas e socioeconómicas desfavoráveis como baixo nível educacional e baixos rendimentos do casal (Figueiredo et al., 2007; Gaugue-Finot, Devouche, Wendland, & Varescon, 2010); história prévia de depressão, principalmente nas mulheres com história de

depressão pós-parto anterior (acréscimo de 50% das possibilidades de desenvolver depressão na gravidez actual); história familiar de doença psiquiátrica, aumentando o risco de 1.5 a 3 vezes mais (Kumar & Robson, 1984; O'Hara, 1986); acontecimentos de vida adversos; apoio social reduzido e problemas nas relações conjugais (Figueiredo et al., 2007; Gaugue-Finot et al., 2010), ou estado civil de não casada (Faisal-Curry & Menezes, 2007; Gaugue-Finot et al., 2010) e a ansiedade (Gaugue-Finot et al., 2010). Viver sem parceiro, nas mulheres adultas, mostrou ser o maior e único preditor sociodemográfico para a depressão na gravidez (Figueiredo et al., 2007); os conflitos com os membros da família e a profundidade das relações conjugais, actuando estes como preditores significativos da gravidade dos sintomas depressivos no pós-parto (Page & Wilhelm, 2007).

O'Hara et al. (1983) consideram que a percepção que uma mulher tem do seu relacionamento conjugal, em termos de satisfação, proximidade do relacionamento e apoio do cônjuge, está relacionada com a sintomatologia depressiva durante a gravidez e após o parto.

Quando se comparam mulheres e homens durante a gravidez, no que se refere à depressão, os estudos encontrados são contraditórios. Alguns apontam para que as mulheres mostrem níveis mais elevados de depressão do que os homens (Teixeira et al., 2009) e outros afirmam que homens e mulheres têm níveis idênticos de depressão (Field et al., 2006). Atendendo a que a depressão nas mulheres em idade fértil é duas vezes superior à dos homens, não seria surpresa que uma situação idêntica pudesse acontecer no período pós-parto.

Field et al. (2006), para além da depressão pré-natal investigaram outros estados de humor, nomeadamente a raiva, a ansiedade e as tensões diárias, em 156 mulheres grávidas deprimidas e não deprimidas e nos seus companheiros deprimidos e não deprimidos, às vinte e duas semanas de gestação. As mulheres e os homens tinham idades médias de 28.4 anos e 33.5 anos, respectivamente. Na amostra estudada, 36% de mulheres e 42% dos homens estavam com sintomas de depressão. Os homens não deprimidos eram casados em 58% dos casos. A residir com as companheiras estavam 31% de homens deprimidos e 36% de homens não deprimidos.

As comparações feitas entre os estados de humor pré-natal permitem concluir que: (1) os pais deprimidos mostram maiores níveis de depressão, ansiedade e tensões diárias, mas não de raiva, do que os não deprimidos; (2) os homens deprimidos e as mulheres deprimidas não diferem, significativamente, nos níveis de depressão, ansiedade, raiva e tensões quotidianas, embora os valores de depressão e ansiedade sejam mais altos nas

grávidas e os níveis de tensão diária e raiva sejam superiores nos homens e (3) a depressão paterna parece ter menos efeito do que a depressão materna no parceiro conjugal.

Os autores supramencionados concluem que a semelhança entre os níveis de depressão e de ansiedade nas mulheres e nos homens, durante a gravidez, quer estejam ou não deprimidos, mostra a importância de fazer uma triagem da depressão durante este período. Apesar das semelhanças observadas, a amostra feminina tem níveis mais elevados de depressão e ansiedade que foram relacionados com alterações hormonais, como por exemplo o aumento do cortisol durante a gestação. Isto justifica serem as mulheres menos afectadas pelos seus companheiros deprimidos, do que os homens o são pelas suas companheiras deprimidas. Neste caso, os homens estão mais deprimidos e ansiosos, o que mostra o efeito da depressão materna nos resultados paternos.

A importância da detecção precoce da depressão durante a gravidez, quer no homem, quer na mulher, deve-se à necessidade de intervir, prevenindo os efeitos negativos que esta poderá ter na mulher e, conseqüentemente, no desenvolvimento fetal.

A depressão paterna tem efeitos negativos indirectos no desenvolvimento fetal e neo-natal e a depressão materna e paterna pré-natal constituem variáveis predictoras significativas no que se refere ao humor materno e paterno pós-natal que afectam o bom desenvolvimento do bebé (Field et al., 2004).

Johnson e Baker (2004) investigaram 384 pais expectantes que responderam a questionários de ansiedade, depressão, stress e coping durante a gravidez das suas mulheres, na altura do parto, ou aborto se ocorreu, e um ano depois do parto. Os resultados mostraram que na altura do nascimento ou do aborto, os níveis de todas as variáveis psicológicas aumentaram em comparação com o período de gravidez, e diminuíram passado um ano. Durante a gravidez, os homens recorrem mais ao coping orientado para a aproximação e, as mudanças da gravidez tal como o seu fim resultam em coping orientado para o evitamento. O melhor preditor dos resultados psicológicos, a longo prazo, é o coping que responde aos resultados da gravidez. Os autores concluem que o homem usa mais estratégias de coping durante a gravidez do que perante o seu resultado (nascimento do filho ou interrupção antecipada da mesma).

Pereira et al. (1999) indicaram que mulheres com complicações durante a gravidez (trabalho de parto prematuro, náuseas, hemorragias, dores, infecções) que exigiram hospitalização mostraram maior sentido de coerência (coping) em comparação com as que não tiveram complicações obstétricas.

A gravidez e o parto estão, muitas vezes, associados a níveis elevados de stress e de ansiedade, mas quando se trata de período pós-aborto, elevam-se os níveis de depressão. O impacto da depressão materna começa no útero e estende-se até à idade adulta da criança. As mulheres que se deprimem durante a gravidez aumentam o risco de alterações da ansiedade e, assim como nos casos de aumento da ansiedade já atrás referidos, de abuso de substâncias, como álcool e tabaco e diminuição do auto-cuidado. Podem, ainda, desenvolver pré-eclâmpsia ou outras complicações de saúde, aborto espontâneo, hemorragia gestacional, partos pré-termo, terem RN com baixo peso ao nascer e com reduzida actividade neuromotora (Dayan et al., 2002, 2006; O'Hara, 2009). Por exemplo, os recém-nascidos filhos de mães deprimidas durante a gravidez apresentam mais perturbações do sono, incluindo pouco tempo em sono profundo e mais tempo em sono desorganizado e choram mais (Field, Diego, Hernandez-Reif, Figueiredo, Schanberg, & Kuhn, 2007).

O comportamento interactivo pós-natal da mãe que se deprimiu durante a gravidez não é diferente do das mães não deprimidas. O comportamento interactivo do bebé com a mãe é semelhante nos dois grupos, excepto no evitamento do olhar que é significativamente superior nos filhos das mães deprimidas (Boyd, Zayas, & McKee, 2006).

Em populações saudáveis, níveis moderados de ansiedade, depressão e stress (habitualmente designados por distress psicológico) podem levar a maturação fetal precoce. Esta é a conclusão de um estudo de DiPietro et al. (2006) ao afirmar que a ansiedade materna, o stress não específico da gravidez e os sintomas depressivos avaliados no meio da gestação, seis semanas e vinte e quatro meses após o parto mostraram estar positivamente relacionados com desenvolvimento motor mais avançado nos bebés. A ansiedade e a depressão mostraram-se positiva e significativamente associadas com o desenvolvimento mental do recém-nascido. Segundo os autores, os efeitos nefastos no bebé, provocados pelas perturbações do humor da gravidez, devem ser reconsiderados.

A depressão durante a gravidez aparece descrita na literatura como um dos factores implicados na ocorrência de parto pré-termo, baixo peso ao nascer, irritabilidade do bebé ou mesmo mortalidade neo-natal. Os estudos actuais não são conclusivos no que diz respeito à importância quer da depressão quer da ansiedade, por si só, na ocorrência das situações acima referidas (e.g., Andersson et al., 2004a, 2004b; Austin, 2004; Berle, Mykletun, Daltveit, Rasmussen, Holsten, & Dahl, 2005).

Larsson, Sydsjo e Josefsson (2004) estudaram o aumento do risco de resultados perinatais adversos em mulheres com sintomas de depressão pré-natal, avaliados pela

EPDS. Os resultados do estudo mostraram que havia mais multíparas do que primíparas com sintomas depressivos. Na história ginecológica e obstétrica das primíparas, não houve diferenças entre as que apresentaram e as que não apresentaram sintomas depressivos. Nas multíparas que manifestaram sintomatologia depressiva pré-natal, há mais história de complicações obstétricas em gravidez anterior, doença crónica ou aborto.

Ainda no mesmo estudo, o total de mulheres da amostra com sintomas depressivos apresentou significativamente mais bebés com menor idade gestacional e menor duração do segundo estágio do trabalho de parto (o parto pré-termo não foi estudado, uma vez que a recolha de dados se fez na trigésima quinta e na trigésima sexta semanas de gestação). Mas, esta diferença desapareceu quando se analisaram, separadamente, as primíparas e as multíparas. Também não se observaram diferenças entre mulheres com e sem sintomas depressivos nos outros resultados da gravidez (consultas com as enfermeiras parteiras e com os médicos, participação em cuidados pré-natais, fumar, admissão no hospital por complicações na gravidez, licença por doença durante a gravidez).

Apesar de as mulheres deprimidas durante a gravidez não terem apresentado risco aumentado de resultados adversos obstétricos ou neonatais, verificou-se no estudo acima referenciado que aquelas têm alto risco para sintomas depressivos no período pós-parto, após seis a oito semanas, ou após seis meses, ou em ambos os períodos pós-natais, o que confirma o contínuo já referido entre ambos os períodos no que se refere às alterações psicológicas.

Os estudos de Andersson et al. (2004b), realizados no segundo trimestre de gravidez e após o parto, na Suécia, indicam que não há diferenças significativas no resultado do parto (pré-termo, espontâneo ou global) e na saúde dos recém-nascidos (pequeno para a idade gestacional) entre mulheres saudáveis e mulheres com perturbações pré-natais depressivas e/ou da ansiedade. Os autores concluem que estas perturbações psicológicas não são factores de risco independentes e, portanto, não são suficientes para determinar maus resultados neonatais, nos países com serviços de saúde de nível elevado.

Além disso, os autores asseguram que avaliar sintomas de depressão não é o mesmo que fazer uma avaliação clínica da depressão e que os instrumentos utilizados na avaliação dos quadros psicopatológicos podem fazer a diferença nos resultados dos estudos (por exemplo, EPDS vs. PRIME-MD). Os autores salientam ainda a discrepância entre continentes em relação às taxas de parto pré-termo (por exemplo 12% nos EUA e 5.7% na Suécia) o que implica abordagens necessariamente diferentes.

Os mesmos autores, num outro estudo (Andersson et al., 2004a), mostraram que as grávidas com diagnóstico de depressão e/ou ansiedade sofrem mais de náuseas e de vômitos durante a gravidez, têm mais licenças por doença no primeiro trimestre de gravidez e mais dias de incapacidade durante toda a gravidez; vão mais a consultas médicas, especificamente relacionadas com o medo do parto ou relacionadas com contracções uterinas; têm mais cesarianas planeadas e fazem mais analgesia epidural durante o trabalho de parto, comparativamente com o grupo de grávidas sem este diagnóstico. No entanto, complicações severas durante a gravidez, no parto e no pós-parto imediato não são afectadas pela presença de depressão ou ansiedade antenatal, o que está de acordo com o estudo atrás referido. Os autores concluem que a depressão e a ansiedade clínicas durante a gravidez baixam a produtividade e aumentam o consumo de serviços de saúde aumentando, portanto, o sofrimento individual e os custos para a sociedade.

Estudos mais recentes apresentam resultados um pouco diferentes, mas bastante coerentes. Foi realizada uma investigação na Noruega, por Berle et al. (2005), com o objectivo de testar se as perturbações da ansiedade e da depressão, entre as grávidas atendidas nos serviços gerais de saúde, têm impacto no resultado neo-natal e na descendência. A investigação mostrou que apenas a ansiedade (e não a depressão) durante a gravidez está associada a baixo índice de APGAR no recém-nascido (< 8), ao primeiro e ao quinto minuto de vida. Os investigadores também verificaram que a ansiedade e a depressão na gravidez não se encontravam associadas ao baixo peso à nascença no bebé, nem ao parto pré-termo, ao contrário do que tinham esperado.

Interessante, para os autores, foi a análise que efectuaram dos resultados das mulheres não participantes no estudo, cujos recém-nascidos tinham significativamente mais baixo peso à nascença e menor idade gestacional do que os filhos das participantes. O APGAR dos seus bebés, ao primeiro minuto, foi inferior ao encontrado no grupo participante. As mulheres que não participaram no estudo têm também menos filhos. Os autores acreditam que a diferença pode ser explicada através da elevada carga de factores de risco psicossocial entre as grávidas não participantes.

Apesar dos resultados pouco consensuais dos diversos estudos que associam a presença de variáveis psicológicas aos resultados obstétricos, da gravidez e do parto, a revisão da literatura de Marcus (2009) indica os acontecimentos de vida percebidos como stressantes, a depressão e a ansiedade como preditores do baixo peso ao nascer, da diminuição dos níveis de APGAR do recém-nascido, do baixo perímetro cefálico e da baixa idade gestacional dos bebés.

1.1.3. Stress

A gravidez é um período que envolve mudanças geradoras de stress conduzindo à resolução de problemas desenvolvimentais anteriores e à organização de estruturas intrapsíquicas e relacionais mais complexas e gratificantes. Estas mudanças implicam uma reorganização conducente a níveis de funcionamento superiores (Berle et al., 2005; Neggers et al., 2006).

Os estudos sobre a mediação dos efeitos do stress na gravidez estão, em geral, associados à depressão e à ansiedade ou, pelo menos, a um aumento crítico da vulnerabilidade a outras sobrecargas (Shereshesfsky & Yarrow, 1973, cit. por Salvatierra, 1989). Os clínicos que trabalham com mulheres grávidas acreditam na base biológica das grandes mudanças de humor da mulher durante a gravidez e no pós-parto (Jolley & Spach, 2008). Por isso, realizaram estudos essencialmente focados no papel das hormonas durante a gravidez e da sua influência no “sistema do stress”, o eixo adreno-hipotalâmico-hipofisário, concretamente o aumento do cortisol e, noutros sistemas neurológicos, especificamente que levam ao aumento da norepinefrina, estimuladora daquele eixo (DiPietro et al., 2004b; Jolley & Spach, 2008).

As enormes mudanças nos níveis de estrogénio e de progesterona durante a gravidez (800 vezes mais estrogénio e 15 vezes mais progesterona) provocam mudanças abruptas nos eixos neuro-hormonais que funcionam em constante interacção com a denominada unidade materno-feto-placentária. A placenta é produtora, embora incompleta, destas hormonas. O cortisol, ou hormona do stress, aumenta a tensão arterial e a glicemia, para além de suprimir o sistema imune; a norepinefrina influencia o humor, a ansiedade, o sono e a alimentação e tem um papel importante na organização do estado comportamental, particularmente na excitação (arousal), vigilância, activação da resposta ao stress e modulação do sistema mnésico, especialmente aos estímulos aversivos. Os níveis de cortisol provocados pela estimulação placentária da hormona corticotrofina atingem o pico entre as trinta e quatro e trinta e seis semanas de gestação e estão correlacionados com a maturação pulmonar fetal devido à hipertrofia do córtex adrenal. No pós-parto, os níveis de cortisol voltam ao normal dentro dos primeiros quatro a cinco dias (Jolley & Spach, 2008).

De acordo com os autores citados, muitas investigações, sobretudo sobre a depressão e a ansiedade perinatal, têm enfatizado os sistemas referidos, uma vez que os níveis hormonais (de estrogénio e de progesterona) aumentam durante a gravidez e decaem rapidamente após o parto, desregulando o funcionamento daqueles sistemas, daí resultando

as perturbações do humor. Apesar de esta poder ser uma perspectiva biomédica, pode ser muito interessante compreender quais os desafios hormonais colocados às mulheres e como podem tornar-se algumas mais vulneráveis do que outras às perturbações do humor.

Como se depreende, o stress pré-natal é difícil de operacionalizar. Daí que as investigações que se fazem durante a gravidez partilhem metodologias comuns às dos estudos do stress em geral. Neste contexto, para além dos instrumentos de auto-resposta usualmente utilizados aposta-se, actualmente, em medições laboratoriais. Articula-se, assim, a avaliação laboratorial com as medidas de auto-resposta, para a depressão, ansiedade e stress.

Alguns estudos têm comparado os níveis de cortisol durante a gravidez entre mulheres com e sem perturbações do humor. O cortisol medido na urina das vinte e quatro horas, entre as dezasseis e as vinte e nove semanas de gestação, está significativamente correlacionado com a norepinefrina, a depressão, a ansiedade-estado e com o stress, medidos nesta altura. O elevado nível de cortisol está negativamente correlacionado com as medidas biométricas fetais, nomeadamente com o peso do feto (Diego et al., 2006).

Os níveis de cortisol e norepinefrina avaliados na urina, no segundo e terceiro trimestres de gravidez, assim como as perturbações do sono, a depressão, a ansiedade e a raiva, foram mais elevados em grávidas deprimidas do que em grávidas não-deprimidas. A actividade fetal foi também maior no primeiro grupo, no terceiro trimestre (Field et al., 2007). Os níveis de cortisol decrescem entre o período da gravidez (três meses antes do parto) e o período pós-natal (três meses depois do parto) tal como acontece com os níveis de ansiedade (Figueiredo & Costa, 2009).

A avaliação dos níveis de cortisol foi realizada num estudo de Field, Diego, Hernandez-Reif, Figueiredo, Ascencio, Schanberg e Kuhn (2008) para determinar as diferenças entre as mulheres grávidas diagnosticadas com distímia vs. diagnosticadas com depressão major, através da SCID (Structured Clinical Interview for Depression). Os dois grupos foram comparados em medidas de auto-avaliação de sentimentos (depressão, ansiedade, raiva e aborrecimentos diários); estilos de coping (aproximação ou evitamento), medidas neuroendócrinas das hormonas do stress (cortisol e norepinefrina, realizadas na urina) e em medidas de crescimento do feto (peso estimado, comprimento do fémur e perímetro abdominal, avaliadas na ecografia das dezoito semanas de gestação).

Os resultados do estudo mostraram que as grávidas com depressão *major* têm níveis mais elevados em todas as medidas de auto-avaliação dos sentimentos e as diferenças são significativas nos sintomas depressivos, na ansiedade, raiva, aborrecimentos diários e

coping de evitamento. Estes resultados mostram a maior comorbilidade do quadro clínico. Os fetos filhos das grávidas distímicas têm medidas mais baixas do que os fetos de mulheres com quadro de depressão major. Essas diferenças não são significativas no diâmetro parietal e na circunferência da cabeça. Importa salientar que o grupo distímico tem níveis mais altos de cortisol do que o grupo com depressão major. O nível de norepinefrina é semelhante nos dois grupos.

Estes resultados foram surpreendentes para os autores, principalmente no que se refere aos níveis de cortisol. Os níveis mais baixos de cortisol estão de acordo com mais baixos parâmetros fetais, nomeadamente peso, comprimento do fémur e perímetro abdominal, conforme como foi observado em outros estudos, níveis que, neste caso, são mais baixos nos fetos filhos das distímicas. A epinefrina está, habitualmente, inversamente relacionada com as medidas fetais, o que não se observou. Parecem não ser, ainda, conclusivos os estudos do efeito das variáveis neuroendócrinas do stress nos níveis de depressão clínica.

A influência do ambiente pré-natal a que o feto está exposto na determinação do seu fenótipo está estudada desde os anos quarenta e nas últimas décadas a investigação nesta área tem aumentado consideravelmente. Por exemplo, van den Bergh, Mulder, Mennes e Glover (2005) indicaram os efeitos negativos do stress e da ansiedade materna pré-natal no feto e no seu processo desenvolvimental, uma vez que o sistema límbico, o eixo adeno-hipotalamo-hipofisário e o cortex pré-frontal podem ser afectados pelos elevados níveis de cortisol emanados pela placenta.

As respostas comportamentais ao stress incluem excitação, alerta e atenção intensificada. As mulheres afectadas por stress psicológico durante a gravidez (na ausência de diagnóstico psiquiátrico) apresentam elevados níveis de cortisol e podem estar em risco de desenvolverem depressão pós-parto (Jolley & Spach, 2008).

A interacção mãe-filho, iniciada durante a gestação, é premiada por emoções intensas vividas pela mãe, a que Brazelton (1993) intitulou preparação da energia emocional dos novos pais para se vincularem ao bebé. Mas, o stress e a ansiedade, à luz do conhecimento actual serão desfavoráveis à gravidez, o que não quer dizer que não possam ser úteis à reorganização pessoal em períodos críticos da vida dos sujeitos.

1.2. Perturbações da personalidade

O estudo da personalidade da mulher grávida, embora difícil pela fase de maturação que atravessa, tornou-se importante desde os anos sessenta, na medida em que o desenvolvimento integrativo da gestante depende de factores profundamente enraizados na sua psique, que a fazem comportar-se de modo individual (Chertok e cols., 1969, cit. por Salvatierra, 1989).

A prevalência das perturbações de personalidade em primíparas, avaliada durante a gravidez e após o parto, foi de 6.4% (Borjesson, Ruppert, & Bagedahl-Strindlund, 2005). Estas perturbações da personalidade estão fortemente associadas aos sintomas psicopatológicos durante e depois da gravidez. Os autores encontraram maior número de sintomas psicopatológicos nas primíparas durante a gravidez do que depois do parto. A somatização foi o sintoma onde as diferenças foram mais acentuadas entre os dois períodos.

Os factores de risco para as perturbações psicopatológicas, no estudo referido, foram o baixo nível socioeconómico, nacionalidade não europeia, baixa idade e tratamento anterior para problemas mentais.

Ciesielski et al. (1994) estudaram o tipo de personalidade de trinta mulheres hospitalizadas por gravidez patológica e concluíram que: entre as mulheres estudadas existem três vezes mais pacientes neuróticas do que emocionalmente estáveis, duas vezes mais introvertidas do que extrovertidas e que existe uma relação entre o nível neurótico e o nível de distúrbios emocionais. As mulheres neuróticas mostraram-se mais deprimidas e agressivas, manifestavam uma ansiedade muito intensa e elevados sentimentos de culpa. Os autores acrescentam que há uma inter-relação entre uma história obstétrica negativa, por um lado, e o decurso de uma gravidez patológica e características de personalidade, por outro lado.

Lugt-Tappeser e Wiese (1994) efectuaram um estudo prospectivo do comportamento materno no período neonatal, avaliando as condições do comportamento afectivo da mãe no último trimestre de gravidez e a ansiedade materna durante o primeiro mês após o nascimento do bebé. Concluíram que as mulheres com personalidades características (como as emocionalmente instáveis e ansiosas) tinham níveis significativamente mais elevados de ansiedade maternal precoce, o que confirma, uma vez mais, a importância de uma personalidade estável no comportamento materno. Observaram, também, neste estudo, que a experiência de um contacto físico e sensual directo com o bebé

foi da maior importância para a continuidade do relacionamento afectivo, enquanto a ligação cognitiva foi, de longe, a menos importante.

Matthey et al. (2000) enfatizaram o papel da personalidade e das relações parentais como factores de risco para a depressão perinatal em mulheres e em homens que vão ser pais pela primeira vez. A avaliação com várias medidas de humor e de personalidade foi feita às seis e doze semanas de gravidez e um ano após o parto. Os factores associados ao humor depressivo sugeriram que a relação da mulher com a própria mãe foi importante no primeiro estágio do pós-parto assim como a sensibilidade interpessoal e o neuroticismo.

No homem, segundo os autores, as relações com a sua mãe e com o seu pai e o nível de neuroticismo estão associadas ao nível de humor inicial. Até ao final do primeiro ano do pós-parto, a morbidade do casal cresce, com taxas de stress ligadas às variáveis do relacionamento com o parceiro, pelo menos para as mães. O humor pré-natal e as relações com o parceiro foram um preditor significativo das variáveis do humor pós-natal nas mães e nos pais.

Segundo os autores supracitados, enquanto houve alguma consistência para as mães e pais nas variáveis que predizem o ajustamento pós-parto (humor pré-natal e relações conjugais), houve também evidência de que o ajustamento à parentalidade se relaciona com variáveis diferentes e em diferentes tempos. O ajustamento precoce está relacionado com o funcionamento conjugal, com as relações que cada um estabelece com os seus pais, bem como com a sua personalidade. O ajustamento mais tardio está relacionado com o funcionamento e as relações conjugais.

2. Alterações psicológicas e complicações obstétricas frequentes

Um dos contributos fundamentais da psicologia da maternidade diz respeito à relação entre as variáveis psicológicas e as variáveis obstétricas e pediátricas no momento do nascimento (Justo, 1990).

Depois de termos analisado as perturbações psicológicas da gravidez e o seu efeito no decorrer da mesma e no resultado do parto, passamos, em seguida, à análise de algumas complicações obstétricas que se articulam de modo muito substancial com as variáveis psicológicas. Partimos do pressuposto que as complicações obstétricas são a expressão

somática dos conflitos emocionais que as mulheres não conseguem mentalizar (Justo, 2002).

Uma revisão da literatura realizada por Marcus (2009) indicou que as complicações obstétricas mais frequentes, decorrentes do efeito das variáveis psicológicas, são: o baixo ganho ponderal do bebê; a reduzida utilização de cuidados pré-natais; o aumento do uso de substâncias e a ocorrência de parto pré-termo.

O uso de substâncias nocivas e a má utilização de cuidados pré-natais são dois comportamentos de risco responsáveis por maus resultados na gravidez há muito conhecidos e que dependem, em parte, de outras variáveis psicológicas subjacentes, nomeadamente, o planeamento da gravidez, o stress, a depressão e o coping (Messer et al., 2005).

O parto pré-termo continua a ser um dos principais problemas de saúde pública perinatal e o aspecto menos resolvido da medicina reprodutiva. É apontado como uma das principais causas de mortalidade e de morbilidade perinatais (Berkowitz & Papiernik, 1993; Gomella, 2006; Norman & Greer, 2005; Seabra, 1993) e um importante factor de risco para a sobrevivência e desenvolvimento da criança e da sua interacção com o meio (Mellier, 1999). É uma situação importante e preocupante, com estreitas relações interdisciplinares.

Os recém-nascidos pequenos para a idade gestacional, ou com restrição de desenvolvimento intra-uterino, merecem que se dê grande atenção à sua gestação, pois o seu crescimento está limitado durante a gravidez, o que desencadeia muitos problemas de saúde no feto, aumenta a mortalidade neonatal e provoca uma grande morbilidade pós-natal e a longo prazo (Berkowitz & Papiernik, 1993).

Embora Marcus (2009), na revisão da literatura que efectuou, não tenha considerado a hipertensão arterial induzida pela gestação (HTAIG) e a diabetes gestacional (DG) como complicações obstétricas decorrentes de efeitos psicológicos, estas poderão, em muitos casos, estar na génese da ocorrência do parto pré-termo ou das restrições do crescimento fetal. São duas patologias obstétricas de etiopatogenias diferentes que de comum têm o facto de surpreenderem, no primeiro caso, 3 a 8% das grávidas, sobretudo a partir da segunda metade da gestação (Mendes, 1991) e, no segundo, na Região Centro 4.2% (Relatório de Consenso sobre Diabetes e Gravidez, 1996). Parecem percentagens pequenas mas tornam-se preocupantes pelo perigo que acarretam para a mãe e para o feto (Vinatier et al., 1995).

A H.T.A.I.G. tem um prognóstico materno-fetal bastante variável e depende do enquadramento clínico em que se inscreve, pois esta é apenas um sintoma que pode resultar

de mecanismos etiopatogénicos distintos, muitas vezes de etiologia desconhecida (Mendes, 1991). Contudo, a influência de factores psicossociais na génese da pré-eclâmpsia foi referida em 1949 por Dieckman e cols. e comentada por Kroger e Freed no seu livro de 1955 "Ginecologia Psicossomática" (Salvatierra, 1989). Os autores referem que esta é uma patologia limitada à espécie humana e sobretudo ocidental. É mais frequente em primigrávidas, menores de 25 anos e solteiras, altura em que interviria o stress psicossocial. A existência de hipertensões neurógenas, ligadas a situações de stress, segundo Salvatierra (Idem), não são um dado novo, têm origem numa tensão emocional aumentada, que provoca uma disfunção simpática, com elevação dos níveis de noradrenalina. A vasoconstrição generalizada pode causar uma isquémia útero-placentária, desencadeando uma pré-eclâmpsia ou toxémia gravídica.

Richardson (1994) identificou a H.T.A.I.G. como consequência de uma inadequada necessidade de dependência maternal, da imposição do nascimento de uma criança e da tarefa respeitante ao seu desenvolvimento, como se esta mulher fosse uma adolescente indecisa, também ela numa fase de crescimento. Estas mulheres aparecem como muito dependentes, apresentando distúrbios emocionais, o que se vai reflectir na ligação ao bebé. É através do seu corpo que expressam esta dependência.

A diabetes gestacional é considerada entidade nosológica desde 1980, no entanto, foi nos anos 20, com o advento da insulina, que se associou a diabetes à gravidez, como entidade clínica. Define-se como uma intolerância aos hidratos de carbono, de grau variável, reconhecida ou diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez (Relatório de Consenso sobre Diabetes e Gravidez, 1996). Esta patologia aumenta a morbilidade materna e fetal e é um factor de risco no aparecimento de uma futura diabetes mellitus. Manifesta-se, tipicamente, no terceiro trimestre de gravidez. A gravidez evolui normalmente e, na maior parte das vezes, aguarda-se o parto a termo. Em qualquer situação, o trabalho de parto, quer seja espontâneo ou induzido, deve evoluir sob monitorização fetal contínua e o parto deverá ser considerado de alto risco e por isso realizado num hospital especializado com unidade de cuidados intensivos para o recém-nascido.

A D.G. enquanto patologia associada à gravidez tem inevitavelmente repercussões psicológicas e, também, psicossociais, socioeconómicas e familiares, assim como estes factores influenciam o desenrolar do quadro clínico. "Todos os quadros têm contrapartidas mentais e manifestações somáticas" (Sá, 1996). Alguns estudos têm demonstrado os elevados níveis de ansiedade da mulher grávida diabética e a tendência para serem mais depressivas do que as grávidas não diabéticas, mantendo-se esta disposição estável ao

longo do tempo (Spirito et al., 1991, 1992). Além disso, as grávidas com D.G. relataram menos bem-estar, menos saúde física e menos vigor; maior preocupação com a saúde durante a gravidez e uma menor experiência positiva do nascimento, comparadas com o grupo de controlo (Sjogren, Robeus, & Hansson, 1994).

A ocorrência de parto pré-termo e o nascimento de recém-nascidos pequenos para a idade gestacional (devido a restrição do crescimento fetal) são aprofundadas em seguida. As razões que nos levaram a esta selecção, para além dos estudos de Marcus (2009) atrás referidos, foram as seguintes: a) são as mais frequentes; b) têm efeitos graves na descendência, com compromisso directo da saúde e da vida do bebé; c) a sua frequência continua a aumentar; d) são multifactoriais, mesmo no que se refere às variáveis psicológicas presentes; e) têm sido muito difíceis de controlar, apesar dos avanços da medicina e das condições de vida; f) acontecem numa fase em que a gravidez já foi aceite, em que estão iniciadas as relações de vinculação com o bebé e em que a mulher devia começar a preparar a separação (no caso dos bebés de baixo peso para a idade gestacional, ainda que cheguem a termo, o seu crescimento suprime-se durante a gravidez) e g) interesse em encontrar, na literatura, um perfil psicológico que caracterize estas mulheres, de modo a contribuir para a elaboração de programas de prevenção multidisciplinares.

O aparecimento de uma complicação na gravidez aumenta os níveis de ansiedade. De facto, o controlo desta ansiedade depende da personalidade daquela mulher, da microcultura e de factores socioeconómicos, mas também da forma como o médico informa a grávida, o que se prende mais com a qualidade da relação médico-doente do que com a quantidade de informação fornecida (Sá, 1996).

Certos autores têm mostrado que factores intermediários como a personalidade das mulheres e as características socioculturais que as rodeiam, podem modular não só o significado que a grávida dá aos acontecimentos, mas também a forma de se adaptar e de reagir (Glangeaud-Freudenthal, 1994).

De acordo com Justo (2002), não se espera que os factores psicológicos causem, por si só, patologia obstétrica, mas que contribuam para o incremento das funções biológicas, desencadeando os problemas somáticos. Ainda segundo o autor, há muitas mulheres que não sofrem problemas somáticos na gravidez porque terão factores protectores externos, tais como o apoio conjugal, familiar e social que desempenham um papel positivo e que contrastam com algumas consequências psicológicas que seriam permitidas pelas suas perturbações emocionais.

A avaliação e intervenção psicológicas com as grávidas e com os seus companheiros pode ser o investimento que falta fazer, uma vez que os aspectos psicológicos são de primordial importância na manutenção e desenvolvimento da gravidez saudável e, bem assim, que a intervenção psicoterapêutica em conjunto com a intervenção médica podem contribuir significativamente para a redução dos mais variados transtornos da gravidez (Justo, 1990).

2.1. O parto pré-termo

O parto pré-termo foi definido pela OMS, desde 1993, como o nascimento que ocorre antes das 37 semanas de gestação e pode ser classificado, embora a denominação não seja consensual, em espontâneo, médico/electivo e por ruptura prematura das membranas. O parto pré-termo espontâneo é o mais frequente e, o devido à ruptura das membranas é o menos frequente, associando-se este, em geral, ao espontâneo (Ananth & Vintzileos, 2006). Este é um importante factor de risco para os bebés e para os pais; nos primeiros, pelas elevadas incapacidades neurodesenvolvimentais que provoca, incluindo a paralisia cerebral, e pela morbilidade a longo prazo (Ananth & Vintzileos, 2006; Brisch, 2002; McLean, William, & Smith, 1993); nos segundos, pela interrupção prematura do tempo de gravidez, que ocorre num momento de grande construção e desenvolvimento pessoal dos pais e do bebé, tornando esses pais, também eles, prematuros (Justo, 1997).

O afastamento do bebé, quando é levado para as unidades de cuidados intensivos neo-natais, altera marcadamente o desenvolvimento do processo vincutivo que se vinha construindo (Cramer, 1992; Mellier, 1999). Os progenitores, muitas vezes, sentem-se responsáveis pela prematuridade, vivendo sentimentos de culpabilidade e confirmando os seus temores fantasiosos acerca da sua incapacidade para serem pais (Lebovici, 1987). Na opinião de Brazelton (1992), apesar do entrave e do bloqueio à manutenção de um vínculo favorável com o filho, o esforço para a superação das dificuldades pode ser uma poderosa força vinculativa.

Nas últimas décadas, a incidência do parto pré-termo aumentou, particularmente em grupos não habituais, ao mesmo tempo que progrediu o conhecimento médico e social da sua etiologia bem como a promoção da vigilância da gravidez. É surpreendente o número anual de nascimentos pré-termo verificados nos países desenvolvidos em geral e, em particular, nos grupos socioeconómicos mais favorecidos, nas mulheres de idade mais

avançada e em idades gestacionais mais baixas (Berkowitz & Papiernik, 1993; Jenkins-Manning, Flenady, Dodd, Cincotta, & Crowther, 2006; Moore, 2002; Norman & Greer, 2005).

Estima-se, actualmente, uma taxa entre 5 e 11% para o parto pré-termo nos países europeus (e.g., Dayan et al., 2002; Norman & Greer, 2005). Nos EUA pode atingir os 12,5% (Ananth & Vintzileos, 2006), devido ao contributo das mulheres Afro-americanas, entre as quais o parto pré-termo pode chegar aos 17.8% (vs. 11.5% para as mulheres brancas), conforme dados do Editorial do *The Lancet* (2006), ou aos 16.2% (vs. 9.4%), segundo Ananth e Vintzileos (2006).

As mudanças mais importantes nos resultados do parto pré-termo ocorreram a partir dos anos noventa, década a partir da qual foi possível assegurar a sobrevivência de bebés muito abaixo do limite da viabilidade - idade gestacional inferior a vinte sete semanas, conforme foi definido nos Consensos Nacionais em Neonatologia de 2004 (Peixoto, Branco, Freitas & Dias, 2004). Os recém-nascidos chegaram a escassas vinte e três a vinte e quatro semanas de gestação, com peso inferior aos 500 gramas (e superior a 370 gramas) e houve sobrevivência de mais de 50% dos bebés nascidos com menos de 750 gramas (Brazelton, 1992). Apesar disto, principalmente abaixo das trinta e duas semanas de gestação, os bebés pré-termo ficam sujeitos a graves problemas de saúde e o seu desenvolvimento pode ficar comprometido ao longo de anos (Jenkins-Manning et al., 2006). A prevenção do parto pré-termo continua a ser o maior objectivo da obstetrícia moderna.

A pesquisa dos factores de risco que possam estar implicados na origem deste acontecimento de vida tem sido o trabalho constante de muitos investigadores mas continua a ser frequente, na literatura, a indicação de que um número substancial de nascimentos prematuros decorre de causas idiopáticas (Seabra, 1993), apontadas em 50% (e.g., Dayan et al., 2006), embora alguns autores considerem que esse valor desceu para 30% desde os anos noventa (e.g., Norman & Greer, 2005).

Para além das causas idiopáticas, há um pluralismo de factores etiológicos e de risco amplamente estudados que envolvem o parto pré-termo, que são: iatrogénicos (complicações médicas tais como anomalias da placenta, hemorragia, incompetência cervical, infecções, etc.); maternos reprodutivos (gravidez múltipla, parto anterior há menos de dezassete meses, história de abortos prévios, ausência de vigilância da gravidez no primeiro trimestre, toma de medicação, fertilização medicamente assistida); sociodemográficos (idade materna abaixo dos vinte anos e idade avançada no caso da

primeira ou da segunda gestação, pobreza, etnia negra, baixo nível educacional e socioeconómico, estado civil de não casada, maus cuidados pré-natais, etc.) e ambientais (sazonalidade – fim do verão e Janeiro, exposição a agentes tóxicos, etc.), de acordo com vários autores (Berkowitz & Papernik, 1993; Dew, Guillory, Okah, Cai, & Hoff, 2007; Jenkins-Manning et al., 2006; Keay & Morgan, 1977; McLean et al., 1993; Messer et al., 2005; Norman & Greer, 2005; Thompson & Ashwill, 1996; Walley & Wong, 1999).

Para além dos factores idiopáticos, os factores iatrogénicos explicam 30% do parto pré-termo e, os restantes factores têm pesos relativamente baixos na possibilidade de explicação do mesmo (Norman & Greer, 2005). Muitos destes factores, por si sós, não causam o parto pré-termo. O seu efeito é cumulativo, isto é, quantos mais factores de risco uma mulher tiver, maior é a probabilidade de o parto pré-termo vir a acontecer. Há, ainda, factores de risco cuja influência no resultado da gravidez não é directa, fazendo parte de um epifenómeno (McLean et al., 1993).

No âmbito deste estudo, importa analisar os factores psicológicos envolvidos na ocorrência do parto pré-termo. Maldonado (1991) apontou a construção da auto-imagem da grávida como um aspecto a ter em conta nas perdas gestacionais. Um corpo do qual a mulher não gosta e que a faz sentir-se “mal por dentro”, traduz-se por baixa auto-estima, considerando-se, esta, incapaz de produzir um “bom bebé”. Na opinião de Soiffer (1986) existe uma estreita ligação entre a inversão interna da criança (rotação para a posição cefálica no útero, entre o sexto e o oitavo mês) e a ocorrência do parto pré-termo, devido à intensa crise de ansiedade, de níveis insustentáveis, que a percepção destes movimentos lhe provoca, traduzindo-se em manifestações psíquicas e somáticas.

A investigação tem dado um grande contributo à compreensão desta problemática. Os estudos prospectivos de Teichmann e Breull (1989) na Alemanha, de Muylder (1989, 1990) e de Muylder, Wesel, Dramaix e Candeur (1992) na Bélgica constituíram marcos importantes na descrição das variáveis psicológicas determinantes da ocorrência do parto pré-termo.

Teichmann e Breull (1989) afirmaram que através de um conjunto de dezanove itens de natureza psicológica é possível prever 90% dos casos de parto pré-termo. Estes dizem respeito a quatro áreas: (1) existência ou não de estratégias de coping, (2) motivação para ter um filho e atitude face à gravidez (em que a rejeição da gravidez é um factor importante, mas não o seu planeamento), (3) stress na actividade profissional e (4) situação familiar (relação vivida anteriormente com as figuras materna e paterna e a relação com o companheiro). Estas áreas avaliam diversos aspectos, como o funcionamento da

personalidade, as interações sociais e os aspectos mais íntimos da vida relacional da mulher. Aparentemente, não têm conexão entre si mas permitem afirmar que a previsão psicométrica do parto pré-termo é exequível (Justo, 1997). As características pessoais da mulher (maturidade, independência financeira e transtornos neurológicos) seriam, no entanto, controversas (Teichmann & Breull, 1989).

É interessante referir o quanto o trabalho citado salienta que o parto pré-termo não é da responsabilidade de um único tipo de factores. A ansiedade, o stress ou a ausência de apoio social podem contribuir em parte, mas não o suficiente, para explicar o acontecimento. Por exemplo, há muitas mulheres ansiosas que não têm partos pré-termo e muitas mulheres pouco motivadas para a gravidez a quem tal não acontece. A lógica da compreensão do parto pré-termo, como já foi antes referido, deve ser multifactorial e, portanto, a prevenção deverá assentar nesse pressuposto.

Muylder (1989) indicou algumas alterações psicológicas importantes presentes nas mulheres que viriam a desencadear um parto pré-termo, em comparação com as que não correram esse risco. Essas grávidas mostraram dúvidas quanto ao desejo de ter o filho e de tornar-se mãe; tiveram sentimentos negativos em relação à gravidez que, em alguns casos, chegou à hostilidade ou à rejeição inconsciente; exibiram maior insatisfação com a sua vida pessoal, sexual e com o seu corpo; estiveram mais apreensivas quanto ao trabalho de parto, ao parto e à vida futura com a criança; o tipo de relação que estabeleceram com o feto durante a gravidez foi pobre, traduzida pela ausência da escolha do nome para o bebé, pela comunicação apenas verbal com o feto e pela manifestação de poucos afectos positivos logo na primeira ecografia.

O estudo de Muylder, publicado em 1990, continuou a analisar o papel dos factores psicológicos na etiologia do parto pré-termo. Definiu um perfil psicológico para a mulher - mãe prematura - com as seguintes características: ambivalência exagerada face à gravidez; perturbação da relação com a própria mãe; imaturidade psicológica; antecedentes de dificuldades obstétricas, veiculadas como um traumatismo psicológico não resolvido. Estas características são mais evidentes nas mulheres com parto pré-termo de causa idiopática do que nos casos em que o parto pré-termo é de causa obstétrica.

Um outro estudo prospectivo de Muylder et al. (1992), dirigido para as atitudes maternas em relação à gravidez e às relações materno-fetais estabelecidas antes do parto, reforçou algumas conclusões dos estudos anteriores, reafirmando que o investimento pobre na gravidez é menor por parte das mulheres que entraram em trabalho de parto precocemente. Estas mulheres são as menos apoiadas pelo seu companheiro, família e

amigos e são também as que têm maior incidência de perdas gestacionais (abortos espontâneos e interrupções voluntárias da gravidez) e de partos pré-termo anteriores.

Neste estudo, os autores indicaram que não há diferenças significativas no stress observado nos dois grupos e afirmaram que a responsável pelo aumento da possibilidade da previsão deste tipo de parto é a associação entre os factores orgânicos, classicamente atribuídos ao parto pré-termo, e a variável "investimento na gravidez". Esta ideia relativa ao papel do stress não obteve, contudo, consistência em estudos posteriores.

Os trabalhos referidos foram da maior importância para o desenvolvimento do conhecimento da etiologia psicológica do parto pré-termo e promoveram o despertar da investigação prospectiva nas últimas décadas. Um vasto conjunto de estudos enfatizou o papel das variáveis psicológicas na ocorrência do parto pré-termo, nos diversos continentes, reforçando a relevância do mesmo enquanto caso de saúde pública. Apesar disso, as conclusões obtidas nem sempre são consistentes deixando, ainda, muitas incertezas nas mãos de quem as quiser estudar.

Os trabalhos de Dayan et al. (2002, 2006), realizados em França, debruçaram-se sobre os efeitos da ansiedade traço e estado e da depressão pré-natais na ocorrência do parto pré-termo. No estudo publicado em 2002, Dayan et al. encontraram, na amostra estudada, 11.4% de casos de parto pré-termo espontâneo. Verificaram que as mulheres com depressão pré-natal tiveram duas vezes maior risco de parto pré-termo do que as não deprimidas. A associação do parto pré-termo com a ansiedade traço e estado foi, também significativa mas, depois da análise multivariada, a depressão foi a única característica psicológica a emergir com significância estatística no resultado do parto. Nos outros casos, isso aconteceu nas interacções entre as diferentes variáveis psicológicas e biológicas (como, por exemplo, ansiedade e hemorragia vaginal, ou história de parto pré-termo, baixo peso e depressão na mulher). Os autores concluíram que a ansiedade e a depressão, quando combinadas com factores médicos específicos, estão associadas ao parto pré-termo espontâneo e que a depressão, por si só, está associada ao parto pré-termo. Foi colocada, pelos autores, a hipótese de haver uma acção sinérgica entre os factores psicológicos e biomédicos na secreção de hormonas placentárias que, por sua vez, contribuía para o parto pré-termo. Face aos resultados, a redução da ansiedade e da depressão durante a gravidez seriam, por si sós, um benefício para a mãe e para o filho.

No estudo de Dayan et al. (2006), realizado com 681 mulheres grávidas de feto único, recrutadas entre as 20 e as 28 semanas de gestação, os resultados apresentaram algumas diferenças em relação ao estudo anterior. Os autores avaliaram a depressão e a

ansiedade traço e estado, recolhendo e controlando as variáveis sociodemográficas e clínicas. Verificaram que o parto pré-termo ocorreu em 4.8% destas grávidas e que a taxa de parto pré-termo espontâneo foi significativamente mais elevada nas mulheres com altos níveis de depressão em comparação com as outras mulheres. Ao contrário do estudo realizado em 2002, neste estudo, a ansiedade não esteve correlacionada com o parto pré-termo, assim como não se verificaram interações entre factores psicológicos e biomédicos. Em conclusão, a depressão pré-natal está significativamente associada ao parto pré-termo espontâneo nas mulheres Europeias que recebem cuidados pré-natais regulares, o que tinha sido já apontado no estudo anterior.

Muylder (1990) tinha já referido que a relevância da depressão na ocorrência do parto pré-termo é indirecta já que, associados à depressão na gravidez, estão os factores de risco para o parto pré-termo, tais como as dificuldades económicas, falta de parceiro e de apoio familiar, assim como o baixo nível de envolvimento da mulher grávida deprimida nos comportamentos conducentes à saúde pré-natal (Messer et al., 2005). Não obstante, mantém-se a preocupação face a esses quadros depressivos na saúde pré e perinatal e as opiniões manifestadas pelos autores vão no sentido da importância de intervir nas causas da depressão durante a gravidez. Por exemplo, na população afro-americana e com baixos rendimentos, a associação entre a depressão e o parto pré-termo é muito significativa (Orr & Miller, 1995; Orr, James, & Prince, 2002) e é considerado um problema de saúde pública que urge resolver. Mas, associado àquele grupo étnico, estão outros factores, que referiremos mais à frente, nomeadamente, ligados ao stress psicossocial.

A ocorrência do parto pré-termo parece ser também influenciada pelo stress, apesar de algumas contradições encontradas na literatura (e.g., Muylder, 1990). Estudos realizados nos Estados Unidos e na Dinamarca confirmaram que a incidência de stress materno, por volta das trinta semanas de gestação, está associada a menor idade gestacional e a menor peso à nascença (Rosenblat, 1997).

Paarlberg et al. (1995), numa revisão da literatura realizada entre 1936 e 1995 levada a cabo por uma vasta equipa de investigação a propósito da relação entre os factores psicossociais e o desfecho da gravidez (pré-termo, baixo peso à nascença, pré-eclâmpsia e complicações intra-partum), detectaram três formas possíveis de ligação entre a exposição a factores psicossociais e o desfecho da gravidez. A primeira decorre dos comportamentos de coping e hábitos de vida pouco saudáveis. A segunda, com repercussões mais directas, está associada à influência das hormonas dependentes do stress, enquanto a terceira, e última, encontra-se directamente dependente de factores psico-imunológicos.

Em relação à segunda forma apontada, é um facto que estudos dos últimos anos que continuam em franco desenvolvimento têm mostrado como o stress é um mediador dos mecanismos biológicos (neuro-endócrinos) ou comportamentais, responsáveis pelo resultado do parto. A primeira indicação do stress como causa do parto pré-termo apareceu na literatura em 1939 e tornou-se um marco importante com Sontag, em 1940. Mais tarde, em 1947, os protagonistas da obstetrícia americana negaram a sua importância voltando o stress, 10 anos depois, a ser reconhecido como mediador do parto pré-termo e do baixo crescimento fetal (Hobel, 2004).

A avaliação do stress na gravidez foi publicada pela primeira vez em 1963 por Gunter, que utilizou uma bateria de testes em mulheres, antes e depois do parto e avaliou os seus bebés saudáveis, comparando-os com um grupo de controlo (Idem).

Em termos biológicos, a resposta neuro-endócrina ao stress é conhecida desde meados da década de 90. Esta resposta é coordenada ao nível do sistema nervoso central pelo factor de libertação da hormona corticotrofina, “corticotropin releasing factor” (CRF), a reguladora da resposta de stress. Durante a gravidez, a responsabilidade da libertação desta hormona passa a ser da placenta e é um potencial marcador biológico do parto pré-termo e independente de outras causas biológicas (Hobel, 2004; Ruiz, Fullerton, Brown e Dudley, 2002; Wadhwa, Culhane, Rauh, & Barve, 2001). O factor de libertação da hormona corticotrofina e o stress percebido predizem, respectivamente, 14% e 20% da variância da idade gestacional ao nascer (Ruiz et al., 2002).

No que diz respeito ao stress psicossocial materno, este persiste ligado às mudanças nos acontecimentos de vida, à ansiedade estado e traço, à depressão, ao estatuto socioeconómico, ao baixo nível de educação materna, à etnia, ao apoio social e à falta de cuidados pré-natais (Hobel, 2004).

A etnia afro-americana é a que mais fortemente se encontra associada a elevadas taxas de parto pré-termo. A disparidade nos índices do parto pré-termo entre negras e brancas nos EUA é preocupante. As mulheres negras têm 2.4 vezes maior risco de parto pré-termo e mortalidade infantil e quatro vezes mais risco para a mortalidade materna do que as mulheres brancas (Hogan & Ferré, 2001; Hogan et al., 2001). Com base nos autores, indicamos como causas da disparidade racial e étnica na saúde, as seguintes: o stress (a principal); o ambiente (exposição aumentada a agentes de doença); a genética (maior susceptibilidade ou vulnerabilidade à exposição); os recursos (acesso desigual aos recursos necessários, menor acesso aos cuidados essenciais ou a serviços específicos); o estatuto socioeconómico (receber menor quantidade e qualidade de cuidados); o comportamento

(aumento dos comportamentos nefastos à saúde); a distribuição e disponibilidade dos serviços de saúde e a qualidade dos cuidados de saúde. A interação de mais do que uma destas condições tem um forte efeito na promoção das disparidades na saúde, como, aliás, tem sido enfatizado ao longo deste trabalho.

Rowley (2001) tem uma visão crítica da situação e considera que as mulheres afro-americanas têm muito mais problemas psicossociais e psicológicos do que características biológicas para a ocorrência de parto pré-termo. Para eliminar esta disparidade em relação às mulheres brancas é necessária uma intervenção multidisciplinar de modo a elucidar acerca das doenças biológicas, dos stressores e do ambiente social associado ao parto pré-termo.

Dole, Savitz, Siega-Riz, Picciotto, McMahon e Buekens (2004) confirmam, de certa forma, esta posição da autora atrás referida, ao mostrar que o parto pré-termo pode ser atribuído a factores psicossociais ou ambientais específicos. O estudo prospectivo realizado pelos autores mostra que o parto pré-termo é mais frequente entre as mulheres afro-americanas (12%) do que entre as brancas (11.5%) e que os dois grupos apresentam várias características psicossociais diferentes. Na comparação de medidas psicológicas específicas entre mulheres afro-americanas e brancas, foi possível verificar que entre as primeiras, as que mais utilizaram o distanciamento dos problemas como mecanismo de coping e as que mais referiam sentir discriminação racial, tiveram mais ocorrência de parto pré-termo. A questão racial é um stressor a ser considerado em futuras investigações. Ainda no mesmo estudo, as mulheres brancas com maior risco de parto pré-termo, quando comparadas com as mulheres afro-americanas, foram as que demonstraram elevados acontecimentos de vida negativos ou que não viviam com o pai do bebé.

Os diferentes tipos de exposição das mulheres grávidas ao stress psicossocial são, em geral, difíceis de definir. Muitos estudos relacionam o resultado do parto com o trabalho da mulher e focam-se no parto pré-termo ou no baixo peso do bebé à nascença, mas estes estudos não são conclusivos. O trabalho pode constituir um factor de risco ou um factor protector para o resultado do nascimento. Bell, Zimmerman e Diehr (2008) referiram-se a investigações anteriores em que o resultado do nascimento variou conforme o título profissional, a categoria profissional e os atributos específicos do trabalho. Alguns daqueles estudos reportaram-se ao aumento do risco de maus resultados no nascimento, em mulheres que trabalham muitas horas de pé, levantam pesos, trabalham em linhas de montagem, trabalham muitas horas, têm um trabalho muito cansativo, têm um trabalho que não controlam com pressões constantes e, finalmente, com medidas gerais de stress

ocupacional. As investigações europeias, escandinavas e canadianas não associam as características do trabalho profissional das grávidas ao resultado do nascimento.

Em Espanha, um estudo retrospectivo realizado dois dias após o parto, demonstrou que a exposição a médio ou elevado esforço físico laboral aumenta o risco moderado de parto pré-termo (entre as trinta e três e as trinta e seis semanas de gestação) e risco grave (entre as vinte e duas e as trinta e duas semanas de gestação). Por outro lado, a magnitude do efeito foi maior nos partos pré-termo programados quando comparados com os espontâneos. Os autores chamaram à atenção para o facto de também haver condições fetais ou maternas que obrigam ao fim precoce da gestação. Mais ainda, a exposição a elevadas exigências psicológicas no trabalho não aumentou o risco de ocorrência de parto pré-termo (Escribà-Aguir, Perez-Hoyos, & Saurel-Cubizolles, 2001). Os autores reconhecem, no entanto, a dificuldade em avaliar a exposição ao stress psicossocial no trabalho.

O mesmo acontece quando se associa o stress no trabalho e os maus resultados do parto em amostras de mulheres conforme o estatuto socioeconómico. Bell et al. (2008) testaram a associação entre as características do trabalho desempenhado pela mulher nas dimensões estatuto e reconhecimento, esforço físico e exposição ao conflito, com o peso à nascença, a restrição do crescimento fetal (abaixo do percentil 10) e o parto pré-termo. Os resultados mostraram que o trabalho físico exigente está associado ao aumento do parto pré-termo. O estatuto e reconhecimento foram associados a: mais elevado peso ao nascer (26 g a mais), baixa percentagem de restrição no crescimento fetal e a muito baixa percentagem de ocorrência de parto prematuro.

O esforço físico esteve associado ao parto pré-termo em mulheres de baixo rendimento e baixo nível educacional entre as Afro-americanas quando comparadas com as caucasianas. Os autores atrás citados concluíram que o ambiente no trabalho é um bom preditor do nascimento saudável e que as relações entre os atributos no trabalho e o resultado do nascimento diferem conforme a etnia e o nível socioeconómico, o que está de acordo com investigações anteriores.

Associando ao stress, a atenção dada aos estilos de coping e às suas implicações para o parto pré-termo, podemos encontrar um estudo de Demyttenaere et al. (1995) que avaliou os estilos de coping e a ansiedade num grupo experimental de primigrávidas em risco de parto pré-termo e num grupo de controlo, sem risco. Os autores, mesmo não tendo encontrado diferenças significativas entre os dois grupos, comprovaram que os estilos de coping são preditores importantes do parto pré-termo. A procura de apoio social evidenciou-se como um mecanismo de coping protector do estado gravídico (os filhos

nasceram com mais idade gestacional), ao contrário do que aconteceu com um estilo de coping mais activo, em que a idade gestacional dos recém-nascidos foi menor. Os investigadores alertaram para que o estilo de coping activo aumenta o parto pré-termo em mulheres em risco.

Em relação aos comportamentos de saúde que influenciam a gravidez e o resultado do parto, é sabido que os comportamentos de risco têm um peso importante na ocorrência do parto pré-termo, sobretudo quando combinados. Um estudo de Dew et al. (2007) mostrou que o consumo de substâncias aditivas como o tabaco, o álcool e as drogas ilícitas aumenta a ocorrência de parto pré-termo. Nas mulheres fumadoras houve 13% de parto pré-termo vs. 9.6% nas mulheres que não fumam. Em relação ao consumo de álcool, houve ocorrência de parto pré-termo em 17.3% das consumidoras vs. 10.1% nas mulheres que não bebem bebidas alcoólicas durante a gravidez. Na associação entre o consumo de tabaco e de álcool, a taxa de parto pré-termo subiu para 18%. Na associação entre o álcool e as drogas ilícitas, o parto pré-termo disparou para 20.8% e a combinação de álcool, tabaco e drogas ilícitas fez subir a percentagem de parto pré-termo para 31.4%.

Um estudo de Albertsen, Andersen, Olsen e Gronbaek (2004) havia já mostrado que o consumo de álcool está directamente relacionado com a ocorrência de parto pré-termo. Quanto mais bebidas alcoólicas as mulheres consumirem por semana, maior é o risco. O consumo abaixo de quatro bebidas por semana está associado a um risco muito baixo e, portanto, não significativo, em relação às mulheres não consumidoras. O risco de parto pré-termo só se torna significativo em consumos iguais ou superiores a quatro bebidas por semana. O consumo de bebidas alcoólicas, entre quatro e sete por semana consumidas pelas grávidas aumenta o risco. Mas se o consumo é superior a sete bebidas por semana, o risco aumenta ainda mais. O risco de parto pré-termo não difere conforme o tipo de álcool ingerido.

Ainda no que diz respeito aos efeitos do consumo de tabaco na gravidez (conhecidos desde 1957), Dew et al. (2007) afirmam que esses efeitos dependem das doses fumadas, tal como no caso do consumo de álcool, e são mais pronunciados nas múltiparas.

A relação entre o consumo de álcool e o parto pré-termo não está claramente definida mas sabe-se que em doses elevadas provoca a síndrome fetal alcoólica. O consumo de drogas ilícitas, como a cocaína e a marijuana, aumenta muito o risco de parto pré-termo. A combinação de todos estes comportamentos aumenta o baixo peso ao nascer e, neste estudo, verificou-se que aumenta o risco de parto pré-termo. Os autores sugerem que, embora não tendo sido avaliado, é importante perceber se estes consumos diminuem o

stress associado à gravidez, conforme é sugerido em algumas publicações. Por exemplo, Rodrigues e Barros (2007) não encontraram relação significativa entre o parto pré-termo e o consumo de cigarros, o que faz manter esta discussão em aberto.

Actualmente, um outro risco para o parto pré-termo, descrito na literatura, é a obesidade. Smith, Shah, Pell, Crossley e Dobbie (2007) analisaram a ocorrência de parto pré-termo espontâneo e electivo em mulheres suecas com excesso de peso, obesidade e obesidade mórbida, em comparação com as mulheres de peso normal. Entre as nulíparas, o risco de parto pré-termo electivo aumentou com o aumento do índice de massa corporal, enquanto o risco de parto pré-termo espontâneo decresceu. As nulíparas com obesidade mórbida aumentaram o risco de parto pré-termo espontâneo e electivo. Entre as múltiparas, a associação da obesidade com o parto pré-termo electivo foi diminuta e não significativa.

O não planeamento da gravidez também é um comportamento de risco. Messer et al. (2005) encontraram níveis médios e altos de stress percebido e de sintomas depressivos e elevados níveis em alguns estilos de coping associados ao parto pré-termo nas mulheres que não planearam a gravidez. Não encontraram relação entre o planeamento da gravidez e o parto pré-termo, pelo que se percebe que o problema não está no planeamento, mas sim na ausência de planeamento da gravidez.

O estudo retrospectivo de Rodrigues e Barros (2007), realizado em Portugal, encontrou como factores independentes que contribuem para a etiologia do parto pré-termo, a doença crónica (11.2%), ter menos de três consultas pré-natais (4.8%) e parto pré-termo prévio (4.2%). O parto pré-termo é, ainda, responsável por um quarto das hospitalizações, permanecendo a principal causa de hospitalização pré-natal em mulheres mais novas (Liu et al., 2007).

Seabra (1993) alerta para algumas limitações metodológicas que limitam a validade das conclusões resultantes dos estudos dos factores psicossociais na etiologia do parto pré-termo, nomeadamente, e tal como apontado por Muylder et al. (1992), quando se trata de investigações retrospectivas, conduzidas no pós-parto. Estas podem induzir uma distorção no relato das mães acerca dos seus sentimentos durante a gravidez, na medida em que elas foram tentadas a encontrar, retrospectivamente, uma explicação para a prematuridade.

Além disso, não deve ser confundido o parto pré-termo com a ameaça de parto pré-termo e, o parto pré-termo espontâneo com aquele que deu sinal através de marcadores biológicos. Não há parto pré-termo iguais (Macones, 2002). O rigor na investigação é fundamental para se obterem resultados úteis para a construção de novas práticas preventivas.

Actualmente, faz-se mais o tratamento sintomático da ameaça de parto pré-termo do que a sua predição e prevenção o que é, na opinião expressa no Editorial do *The Lancet* (2006) e, com certeza, comum a todos os investigadores, um método primário de lidar com o parto pré-termo.

2.2. Os recém-nascidos pequenos para a idade gestacional

O peso do bebé ao nascer é um importante preditor da mortalidade e morbidade infantis constituindo um foco importante de investigação, uma vez que é um indicador fundamental do desenvolvimento (McCormick, 1985). Para além do peso, a classificação dos recém-nascidos é feita tendo em conta a idade gestacional e, evidentemente, a observação clínica. O mesmo acontece com a classificação do feto, cujo peso é possível estimar durante a gravidez através da ecografia, assim como a idade gestacional é determinada, ou confirmada, por este meio de diagnóstico.

Existem várias classificações dos bebés à nascença. Uma classificação usual que articula o peso e a idade gestacional é a seguinte: a) peso extremamente baixo à nascença (extremely low birth weight - ELBW), em que os bebés têm peso inferior a 1000g e idade gestacional entre as vinte e três e as vinte e sete semanas; b) muito baixo peso à nascença (very low birth weight - VLBW), ou peso entre as 1001g e as 1500g e idade gestacional entre as vinte e oito e as trinta e uma semanas e c) baixo peso à nascença (low birth weight - LBW), que é o peso entre as 1501g e as 2500g e idade gestacional entre as trinta e duas e as trinta e seis semanas (Rosenblatt, 1997).

A Academia Americana de Pediatria (Paul, 1992) dividiu os recém-nascidos em duas categorias: os de baixo peso, incluindo prematuros e bebés de termo que nascem com menos de 2500g e os de peso completo, com mais de 2500g. Segundo esta classificação, quando os recém-nascidos de baixo peso à nascença (inferior a 2500g) são correctamente classificados, descobre-se que um terço corresponde à classificação “pequenos para a idade gestacional” e, dois terços são recém-nascidos pré-termo que correspondem a um peso adequado à idade gestacional, havendo, portanto uma ou outra situação, ou a combinação dos dois factores (Klaus & Fanarof, 1995; Kramer, 1987).

Pequeno para a idade gestacional (PIG) é a designação que se dá ao recém-nascido que tem um peso à nascença abaixo do percentil 10 para a idade gestacional, ou de dois desvios-padrão abaixo da média de peso para a idade gestacional tendo em conta o género,

e que pode estar relacionado, ou não, com o parto pré-termo. Habitualmente, os casos de muito baixo peso estão associados a bebês nascidos de parto pré-termo. Adequados para a idade gestacional (AIG) são os recém-nascidos que se encontram no peso padronizado para a idade gestacional de acordo com o gênero. Os recém-nascidos grandes para a idade gestacional (GIG) estão acima do percentil 90 para a idade gestacional segundo o gênero, ou dois desvios-padrão acima da média do peso para a idade gestacional considerando o gênero (Rodrigues & Barros, 2007; Gomella, 2006). É frequente serem utilizadas as duas classificações e, ainda, chamar aos recém-nascidos de baixo peso, não pré-termo, mas sim recém-nascidos com restrição de crescimento intra-uterino (Kramer, 1987; Rodrigues & Barros, 2002). Os bebês pré-termo com restrição do crescimento intra-uterino são o grupo de maior risco, pois têm maior mortalidade neo-natal e pós-natal e estão sujeitos a perturbações cognitivas sérias na infância (Idem).

Em Portugal, a prevalência dos recém-nascidos de baixo peso ao nascer aumentou de 4.6% em 1980 para 7.6% em 2004 e a incidência dos de muito baixo peso à nascença aumentou de 0.5% para 0.9% no mesmo período (Rodrigues & Barros, 2007). Nos EUA, em uma década, de 1990 a 2000, a ocorrência destes bebês aumentou de 7% para 7.6% (Moore, 2002). O valor em causa é mais elevado nos países Latino-americanos, variando entre 9.2% e 11% (Lippi, Andrade, Bertagnon, & Melo, 1989).

São factores de risco conhecidos para o nascimento de bebês com baixo peso ao nascer (idênticos aos do parto pré-termo), os seguintes: genéticos e constitucionais; demográficos e psicossociais (e.g., baixa idade materna); obstétricos (e.g., tamanho do útero); nutricionais (má nutrição); morbidade da mãe durante a gestação; exposição a substâncias tóxicas (consumo de drogas, de medicamentos, fumar) e assistência pré-natal, neste caso, fraca vigilância da gravidez (Berkowitz & Papiernik, 1993; Klaus & Fanarof, 1995; Lippi et al., 1989). Segundo Klaus e Fanarof (1995), em cerca de 32% dos casos, a etiologia é desconhecida.

Estudos recentes têm dirigido a responsabilidade no aumento das taxas de recém-nascidos com baixo peso ao nascer, especificamente, às mudanças demográficas, ao papel da reprodução medicamente assistida, ao fumar, à violência doméstica, à experiência anterior da mulher e às estratégias de tratamento (Moore, 2002).

Na investigação de Rodrigues e Barros (2007) em relação aos factores de risco mais importantes para a ocorrência de bebês de termo pequenos para a idade gestacional, estes foram: não ter companheiro/cônjuge; consumir cigarros (duplicação do risco); ter cuidados pré-natais tardios; baixa estatura (< 155 cm), baixo peso no início da gravidez (< 50Kg),

baixo ganho ponderal durante a gestação (< 0.27 Kg); não ter feito vigilância pré-natal no primeiro trimestre de gestação e ter doença crónica. A idade materna, o nível educacional, a paridade e o estatuto ocupacional não influenciaram o nascimento de bebés de termo pequenos para a idade gestacional.

Kramer (1987) referiu que há uma tendência para repetir a idade gestacional e o peso ao nascer em sucessivas gestações, mas não é sabido se isso se deve à tendência inerente à repetição ou aos factores de risco. Bakewell, Stockbauer e Schramm (1999) analisaram o peso ao nascer dos segundos filhos de mulheres que tiveram o primeiro filho de baixo peso, num estado dos EUA, entre 1978 e 1990. Encontraram, como factores de risco para a ocorrência de baixo peso, os seguintes aspectos: etnia africana; intervalo entre gestações inferior a nove meses e idade materna no segundo nascimento igual ou superior a trinta anos. Além destes factores, no caso das mulheres fumadoras, as que fumaram apenas na segunda gravidez apresentaram 52% maior risco de repetir o baixo peso ao nascer em comparação com as não fumadoras, enquanto as que fumaram nas duas gestações mostraram ter um risco 85% superior às não fumadoras de ter um recém-nascido de baixo peso. Em relação ao peso materno, o aumento de 4.5% no peso da mulher na segunda gestação, comparativamente com o peso pré-gestacional da primeira gestação, associou-se com 11% de diminuição de risco para baixo peso ao nascer do segundo filho. Neste estudo, factores como a escolaridade materna, o estatuto conjugal ou a vigilância da gravidez não mostraram associação estatisticamente significativa com o risco de a mãe repetir o nascimento de um bebé com baixo peso. Em suma, são factores protectores da recorrência do baixo peso, a abstinência de tabaco e o ganho ponderal em relação ao peso anterior à primeira gestação.

A ocorrência de baixo peso ao nascer não é devida a factores paternos, conforme foi mostrado num estudo de Basso, Olsen e Christensen (1999), na Dinamarca, com pais que tiveram filhos de mulheres diferentes. O primeiro filho nasceu com baixo peso, o que não aconteceu, significativamente, no segundo filho.

Bell et al. (2008) mostraram que o trabalho físico exigente está associado ao baixo peso ao nascer (menos 23g, em média), mas não à exposição a conflitos laborais. Messer et al. (2005) não encontraram associação entre o planeamento da gravidez e o baixo peso à nascença mas, curiosamente e, ao contrário do que seria expectável, entre as mulheres brancas, em comparação com mulheres afro-americanas, foram encontradas relações entre o planeamento da gravidez e o muito baixo peso nos bebés ao nascer e, entre estes e a não associação com o ajustamento do comportamento maternal pré-natal seguinte.

Patel e Prince (2006) referiram que é plausível que a depressão materna tenha um impacto adverso no crescimento do bebé desde o período pré-natal, levando ao baixo peso ao nascer. Os autores aludiram a um estudo realizado no Paquistão, em que os bebés filhos de mulheres deprimidas durante o terceiro trimestre de gravidez tiveram 2.1 vezes mais baixo peso do que os filhos de mulheres não deprimidas. Na Índia, um estudo realizado pelos autores mostrou que o baixo peso dos bebés (< 2500g) estava mais associado aos indicadores da morbilidade psicológica, do que aos outros factores maternos obtidos no Questionário Geral de Saúde. Os autores reforçam a importância da detecção e gestão efectiva das perturbações psicológicas na gravidez e no período pós-natal que se mostraram importantes para a saúde materno-infantil, prioritárias na região.

Em síntese, a vigilância pré-natal é referida como um dos aspectos fundamentais na prevenção do baixo peso ao nascer (Berkowitz & Papiernik, 1993). Este decorre de causas conhecidas, principalmente de natureza iatrogénica, constitucional e de risco social, mas há uma parte da sua etiologia que está ainda por explicar. As variáveis psicológicas podem ter um papel importante na sua determinação pelo que é necessário continuar a investigar esta situação crítica da gravidez que se repercute gravemente no seu resultado – o bebé.

3. Psicopatologia do puerpério

O nascimento de um bebé constitui uma etapa dinâmica, de mudança, reorganização e aquisições desenvolvimentais na vida da mulher e do homem, agora, ou de novo, pais. Esta transição constitui-se como um momento particularmente difícil, potencialmente stressante, que pode levar a perturbações psicopatológicas, impossibilitando a família de lidar de forma satisfatória com as tarefas e dificuldades relacionadas com a maternidade (Figueiredo, 2000, 2005), à qual acrescentamos a paternidade.

Embora a gravidez seja um período de elevado risco de perturbações do humor, a maternidade e a paternidade são-no, também, para a emergência de psicopatologia. Nesta fase evolutiva, a mulher, como mãe, tem sido objecto de estudo primordial, o que se prende com as mudanças físicas e psicológicas, mudanças de papéis e de interacções que exigem um grande esforço de adaptação, tornando-se, este período, mais susceptível para as mulheres do que para os homens (Cazas, 2004; Nichols & Zwelling, 1997). Esta perspectiva tem raízes históricas ligadas ao papel secundário atribuído ao homem no

processo de parentalidade. Apesar disso, investigações recentes, por vezes contraditórias, vêm mostrando a importância de olhar cuidadosamente para as perturbações emocionais dos homens nesta fase do seu ciclo de vida.

No que respeita às variações da saúde mental no período do puerpério, a maioria das publicações tem afirmado que as mulheres estão susceptíveis a sofrer de doença psicopatológica e a serem internadas numa instituição psiquiátrica após o parto, mais do que em qualquer outra altura da sua vida (Cazas, 2004; Currid, 2004; Figueiredo, 2000, 2001).

Os primeiros trabalhos epidemiológicos sobre as perturbações psicopatológicas do puerpério datam dos anos 60-70 e foram elaborados a partir da consulta de registos existentes nos hospitais psiquiátricos onde as mulheres estiveram internadas nesse período das suas vidas. Os estudos realizados indicaram que o puerpério é um período de maior risco de internamento psiquiátrico do que a gravidez e o primeiro mês pós-parto é dezoito vezes mais passível de perturbação psicológica do que todos os meses de gravidez (Figueiredo, 2000).

No que se refere aos homens, estudos efectuados por Kendell e cols. em 1970 e no período entre 1971 e 1977, referenciados por Figueiredo (2000), mostraram que o nascimento de um bebé não altera de forma significativa o estado mental dos pais, avaliado através das admissões psiquiátricas.

Quando nos debruçamos sobre a análise dos factores de risco, encontramos uma variedade de factores biológicos, psicológicos e sociológicos complexos que tornam o período pós-parto traumático para as mulheres.

Os factores de risco para as perturbações psicopatológicas, enunciados por Figueiredo (2000), de acordo com uma sistematização de estudos de vários autores, são os seguintes: idade; paridade (as primíparas têm menor risco para a gravidez e maior no pós-parto); bebé nascido pré-termo; bebé com baixo peso à nascença; complicações obstétricas; história psiquiátrica e antecedentes familiares de doença psíquica; comportamento sócioemocional inadequado. Segundo a autora, alguns estudos desvalorizam os riscos provenientes dos factores psicossociais, enfatizando o papel dos factores biológicos, sugerindo a sua maior influência na etiologia dos distúrbios psicopatológicos do pós-parto, principalmente na patologia psicótica.

Uma outra sistematização dos factores de risco, efectuada a partir dos trabalhos de Cazas (2004), Currid (2004), Nichols e Zwelling (1997) e SIGN (2002), permitem considerar os factores que em seguida apresentamos. Os factores biológicos que incluem a

predisposição genética e a alteração repentina dos níveis hormonais (diminuição dos valores de estrogénio e de progesterona e alterações do equilíbrio bioquímico de neurotransmissores que afectam as emoções e o humor). Os factores psicológicos que assentam no deficiente desenvolvimento do ego, na baixa auto-estima, nas experiências de vida complicadas, no relacionamento conjugal problemático, na ansiedade acerca das capacidades parentais e da responsabilidade de cuidar do bebé. Os factores sociais que são, essencialmente, falta de redes de apoio social, as novas exigências trazidas pelo bebé e as expectativas dos outros, percebidas pela mulher.

Figueiredo (2001), no que se refere às mudanças psicológicas da mãe que acabou de ter o seu filho, enfatizou a questão da autonomia e da identidade da mulher, a articulação entre a vida sexual do casal e o papel parental e as transformações familiares despoletadas pelo novo membro da família.

Com tais factores de risco na fase de transição e de adaptação como é o puerpério, as perturbações psicopatológicas podem ser uma realidade face à qual todos os profissionais de saúde e pessoas significativas do meio envolvente da mulher devem estar atentos. As mais frequentes, e que vamos a caracterizar, são o blues pós-parto, a depressão pós-parto e a psicose puerperal (Cazas, 2004; Cordeiro & Sintra, 1998; Cutrona, 1982; Martinet, 2008; Nichols & Zwelling, 1997; Wysznski, 2005). A primeira é uma manifestação depressiva ligeira e transitória sem sentido patológico e muito frequente, a segunda é insidiosa, pode mascarar-se com as mudanças inerentes ao puerpério e tem consequências graves na descendência se não for tratada e, a terceira, é rara mas de grande gravidade. A apresentação é feita de acordo com a cronologia do seu aparecimento a seguir ao parto.

3.1. Blues pós-parto

O blues pós-parto, também denominado baby blues, dias azuis, disforia pós-parto ou postpartum blues, não é uma patologia codificável com as classificações das perturbações mentais, DSM IV-TR ou CID-10, embora se trate da disfunção mais frequente do puerpério. É uma forma breve e moderada de perturbação do humor que surge em estreita relação temporal com o parto, num número muito elevado de mulheres (Figueiredo, 2001; Martinet, 2008).

Os sintomas clínicos mais característicos do blues pós-parto são a disforia, o humor depressivo, o choro, a irritabilidade, a insónia e a perda do apetite (Figueiredo, 2001; Martinet, 2008). Pode existir, ainda, ligeira confusão, sensação de estranheza ou despersonalização (Soussan, 2003; Martinet, 2008). Segundo Cutrona (1982), as crises de choro são o sintoma mais típico dos baby-blues e podem prolongar-se por mais de duas horas. Este choro tem como desencadeador alguma coisa que noutras circunstâncias não teria qualquer importância. A insónia, segundo a autora referida, está presente em 50 a 70% dos casos.

Na maior parte dos casos, os blues pós-parto acontecem entre o terceiro e o quarto dia a seguir ao parto, com um pico ao quinto dia, e nunca ocorre após o décimo dia (Cutrona, 1982; Martinet, 2008). É um quadro normal, transitório e adaptativo que se verifica no puerpério, nas mulheres, e que não está descrito nos homens (Martinet, 2008). A relação entre o baby-blues e depressões mais prolongadas não é clara (Cutrona, 1982).

A American Psychiatric Association (2006) refere que os blues pós-parto afectam cerca de 70% das mulheres durante os primeiros dez dias após o parto, são transitórios e não causam défice de funcionamento. Contrariamente ao que se verifica nos outros quadros psicopatológicos do puerpério, existem poucas evidências empíricas de que os blues pós-parto possam ter efeitos negativos a longo prazo, quer para a mãe quer para o bebé, apesar de constituírem uma experiência muito desagradável para a mulher (Martinet, 2008; O'Hara, Rehm, & Campbell, 1983).

O termo blues nasceu oficialmente em 1952⁸, na América, num contexto sociocultural específico. *Blues* é uma abreviatura americana de blue devils, que pode ser traduzida por diabos azuis sendo que, naquela cultura, o seu significado era o de pensamentos ensombrados, caracterizando a exclusiva dimensão depressiva dos blues que ainda não tinham em conta as características conhecidas actualmente (Soussan, 2003).

Segundo Figueiredo (2001), a tese mais apoiada pela maior parte dos autores, para a etiologia deste quadro, é a dos reajustes hormonais típicos dos momentos que se seguem ao nascimento, uma vez que não o consideram relacionável com variáveis sociodemográficas, complicações obstétricas, vulnerabilidade à psicopatologia, acontecimentos de vida adversos ou apoio social. Contudo, há outros estudos que apontam para a interferência de variáveis psicológicas na ocorrência dos blues pós-parto. Misri e Joe (2008) referiram que a existência de mudanças de humor no período pré-menstrual são um factor predisponente ou

⁸ Moloney, J.-C. (1952). Post-partum depression or third-day depression following childbirth. *New Orleans Child-Parent Digest*, 6, 20-32.

potenciador do risco dos blues pós-parto. Martinet (2008) considera este quadro um equivalente afectivo do luto. O luto pela criança in útero que ao nascer provoca uma sensação de vazio; o luto pelo estatuto de grávida e o luto pela criança imaginária.

Ainda para Martinet (2008), os blues pós-parto resultam do estado de transparência psíquica descrito por Bydlowski (2006), já atrás referenciado neste trabalho, que acompanha o fim da gravidez e os primeiros dias de vida com a criança. Este estado levaria à preparação necessária da mente da mãe para captar os sinais emitidos pelo bebé, estando na origem da preocupação maternal primária, conceito criado em 1956 por Winnicott (Winnicott, 1993), também já atrás abordado.

Em qualquer circunstância, na maior parte dos casos, os blues pós-parto têm uma evolução favorável, dentro de poucas horas ou poucos dias, apesar de em 10 a 20% dos casos persistirem para além dos dez dias e poderem preceder um episódio depressivo mais grave. O contínuo entre os dois quadros, blues pós-parto e depressão pós-parto, é uma questão que se mantém em investigação (Martinet, 2008).

3.2. Psicose puerperal

A psicose puerperal é o quadro psiquiátrico menos comum no puerpério e o que apresenta sintomas de maior severidade. É “um distúrbio do humor acompanhado de características como a perda do contacto com a realidade, alucinações, perturbações severas do pensamento e comportamento anormal” (SIGN, 2002, p. 2). Os sintomas não se distinguem muito dos que ocorrem na psicose não puerperal, estando as diferenças na vivência de grandiosidade, ideação maníaca e onnipotência (Cutrona, 1982).

O episódio psicótico agudo tem início na primeira quinzena do puerpério, entre o terceiro dia e a terceira semana e a sua duração é de cinco a doze meses (Figueiredo, 2001; Wyszynski, 2005). Está também descrito que pode acontecer durante as primeiras quatro semanas após o parto, do quinto ao vigésimo quinto dia e que tem dupla polaridade, delirante e de humor (Martinet, 2008). De acordo com a ICD-10, o início da psicose puerperal dá-se durante as seis primeiras semanas após o parto.

A psicose puerperal é uma perturbação psicopatológica estreitamente relacionada com o nascimento do bebé. Sempre se soube que compromete gravemente a saúde da puérpera e a sua relação com o filho e contém o risco acrescido de suicídio ou de

infanticídio. Esquirol, em 1840, fez a primeira descrição da psicose puerperal como um estado maníaco das mulheres depois do parto (Golse, 2007).

Esta perturbação tem uma incidência de um a dois casos por mil nascimentos (Cazas, 2004; Cordeiro & Sintra, 1998; Currid, 2004; Kaplan & Sadock, 1997; SIGN, 2002; Wyszynski, 2005), podendo estar sub-diagnosticada, sobretudo as formas mais ligeiras, tendo em conta que as puérperas nem sempre recorrem aos serviços de saúde (Figueiredo, 2001).

A American Psychiatric Association (2006), no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM IV-TR*, não reconhece a psicose puerperal como uma identidade nosológica distinta. Coloca-a na categoria das perturbações psicóticas breves, especificando “com início no pós-parto” e define-a como “psicose do pós-parto que não corresponde aos critérios da perturbação mental orgânica, de uma perturbação de humor psicótica ou qualquer outra perturbação psicótica”.

A World Health Organization (2006), na *Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision*, (ICD-10), classifica a psicose puerperal (código F53.1) no quadro das perturbações mentais e do comportamento graves associadas à puerperalidade, não classificadas noutra lugar (capítulo V, código F53).

Neste quadro psiquiátrico, a mulher nega ou rejeita o seu estatuto de mãe, não reconhece, frequentemente, o filho como seu, sendo-lhe indiferente, não o aceitando ou mesmo hostilizando-o. Esta situação leva a todo um conjunto de implicações adversas e severas para a díade (Figueiredo, 2001).

As causas da psicose puerperal permanecem pouco claras. Segundo Curry (2004), O Royal College of Psychiatrics sugere que a psicose puerperal poderá ser devida ao efeito das alterações hormonais ocorridas no fim da gravidez e do parto. Estudos de Brockington e Meakin (1995) e de Siechel et al. (1996), referenciados por Figueiredo (2001), afirmam que a terapêutica hormonal é eficaz na psicose puerperal. Muitos estudos têm mostrado que os factores etiológicos mais importantes são as circunstâncias biológicas em interacção com a vulnerabilidade psicológica da mulher, associada a história de perturbação psicopatológica prévia (Curry, 2004; Figueiredo, 2001; SIGN, 2002; Wyszynski, 2005).

Cordeiro e Relvas (1996), depois de realizarem um estudo retrospectivo a partir dos registos de internamento de mulheres com diagnóstico de psicose puerperal entre 1984 e 1992, asseguraram que continua a não ser suficientemente conhecida a influência dos factores biológicos e psicológicos relativos ao puerpério na expressão do distúrbio.

Apesar das incertezas quanto à sua etiologia, os factores de risco já descritos são: factores obstétricos, como a paridade, em que 70% das mulheres são primíparas (Martinet, 2008; Cordeiro & Relvas, 1996) e bebé na incubadora (Cordeiro & Relvas, 1996); factores sociodemográficos, como idade inferior a 25 anos (Idem); factores psicológicos, ou seja, antecedentes de perturbações do humor, pessoais e familiares (Martinet, 2008); antecedentes psiquiátricos pessoais, particularmente psicose puerperal (Idem); factores sociais e situacionais, tais como a disfunção conjugal, marido ausente, dificuldades económicas, alcoolismo do cônjuge (Ibidem).

Outros factores descritos por Martinet (2008), como muito possíveis, são o isolamento, a “imagem” e o lugar do pai da criança, as relações da mulher com a sua própria mãe; parto por cesariana; morte perinatal; traumatismos de infância e sexo da criança. As perturbações da gravidez podem constituir factor de risco, como se verificou no estudo de Cordeiro e Relvas (1996) onde foram detectadas perturbações emocionais na gravidez, em 32% dos casos, por gravidez não desejada e ausência do companheiro.

Quanto à semiologia, após uma breve fase prodrómica, semelhante aos blues, mas diferenciando-se pelas perturbações do sono específicas, como frequentes acordares ansiosos, sonhos de conteúdo angustiante ou insónias progressivamente crescentes (Thessier, Dayan, & Baranger, 1998), a psicose puerperal surge num rasgo polimórfico delirante (de natureza grandiosa ou paranóide), com elementos confusionais, alucinações auditivas (em 50% dos casos), grandes oscilações tónicas e uma ansiedade extrema (Cazas, 2004). As mulheres podem apresentar, igualmente, um estado depressivo que leva, muitas vezes, a que a designação de depressão pós-parto cubra todas as alterações do humor no puerpério. Contudo, a diferença entre depressão psicótica e não psicótica deve ser diferencial (Idem).

Em síntese, a sintomatologia da psicose puerperal inicia-se subitamente, frequentemente após uma ou duas noites de insónia, caracterizando-se por um quadro confusional agudo. Os sintomas habituais são a insónia, confusão, desorientação, agitação, comportamentos bizarros, ideias de auto-referenciação e alucinação (Figueiredo, 2001). A insónia constitui-se como o sintoma mais comum da doença e as perturbações do sono que resultam da interacção entre factores psicológicos, físicos e biológicos podem ser o caminho final para o desenvolvimento de psicose puerperal em mulheres susceptíveis (Sharma & Mazmanian, 2003).

Apesar de o prognóstico, regra geral, ser bom, há risco de recaída ou, eventualmente, de evolução para a cronicidade ou para a esquizofrenia (Cazas, 2004). Além

disso, 5% das mulheres com psicose puerperal cometem suicídio e 4% praticam infanticídio (Kaplan & Sadok, 1997). A recorrência da doença numa futura gravidez é de cerca de um terço (Cordeiro & Sintra, 1998), mas pode variar de 25% a 75% (SIGN, 2002).

As consequências da psicose puerperal são muito importantes pelo perigo que representam para a mulher e para o bebé, tais como: risco de suicídio, de infanticídio, de comportamentos maternos aberrantes, em particular, cuidados caóticos a todos os níveis (alimentação, limpeza, períodos de descanso da criança). Esta psicopatologia obriga a tratamento farmacológico, habitualmente com internamento hospitalar e ao afastamento do bebé, o que é sempre uma decisão controversa e difícil (Martinet, 2008).

Nos homens que foram pais, têm sido relatados casos raros de psicose puerperal, com delírio de dúvida acerca da sua paternidade ou expressão de preocupações homossexuais, mas a patologia é, geralmente, associada às mães (Cazas, 2004; Kaplan & Sadock, 1997).

3.3. Depressão pós-parto

A perturbação mental mais incapacitante nas mulheres em idade fértil é a depressão. No ano 2000, nos EUA, esta foi a principal razão de internamento em mulheres, dos dezoito aos quarenta e quatro anos por causa não obstétrica (O'Hara, 2009). Não há consenso quanto à altura da vida da mulher em que a depressão é mais comum mas, quando a mulher é uma mãe recente, a depressão torna-se muito provável. As depressões que ocorrem no período pós-parto, consideradas até um ano depois do mesmo, são designadas depressões pós-parto.

Os estudos que tentaram estabelecer critérios de diagnóstico para avaliação da depressão pós-parto começaram nos EUA e na Europa Ocidental estendendo-se aos países não ocidentais, com mulheres das mais diversas culturas e concluíram que as perturbações depressivas do período pós-natal ocorrem nas mulheres de todas as culturas e etnias (Gorman et al., 2004).

Em 1968, Pitt fez a primeira descrição completa da depressão pós-parto com o título “a depressão atípica após o nascimento” (Figueiredo, 2005; Martinet, 2008). Actualmente, sabe-se que a depressão pós-parto é uma perturbação clínica comum que ocorre em 10% a 20% dos casos (Kumar, 1994) e que a tendência encontrada nos mais recentes estudos é

para o aumento da sua prevalência, concretamente, 13% (McKenzie-McHarg, Cockburn, & Cox, 2007; O'Hara & Swain, 1996) e 15% (Marcus, 2009).

Um episódio de depressão *major*, nos primeiros três meses após o parto, tem prevalência de 7.1%. Se for incluída a depressão *minor*, a prevalência aumenta para 19.2% (O'Hara, 2009). Num estudo transcultural realizado por Gorman et al. (2004) que incluiu Portugal, a depressão foi de 8% nas amostras dos vários países e a depressão *major* foi de 4.2%. A sintomatologia depressiva avaliada pela EPDS (≥ 13) ocorreu em 6.6% dos casos.

Em Portugal, a prevalência da depressão pós-parto é muito elevada em relação a outros países europeus. Numa amostra de 352 mulheres, entre o segundo e o quinto mês do puerpério, avaliadas com a EPDS (≥ 13), a prevalência dos sintomas depressivos foi de 13.1% e o risco foi mais elevado nas mulheres com mais filhos e com mais dificuldades económicas (Augusto, Kumar, Calheiros, Matos, & Figueiredo, 1996). Num outro estudo em que os sintomas depressivos foram avaliados com a EDPS (> 12), no segundo e terceiro meses pós-parto, a prevalência foi de 17.6%, sem diferenças significativas entre os dois períodos (Figueiredo et al., 2007).

Na Noruega, poucos dias depois do parto, os sintomas depressivos estão presentes em 37% das mães e em 13% dos pais e esses sintomas são muito graves em 9% e 2%, respectivamente (Field et al., 2006). Estes podem constituir um risco muito importante para a depressão pós-parto e mostram como a depressão começa, muitas vezes, na gravidez.

A sintomatologia depressiva, na depressão pós-parto, inicia-se geralmente dentro de quatro semanas (DSM IV), ou seis semanas (ICD-10) após o parto ou, ainda, entre o segundo e o terceiro mês (O'Hara, 1997), sendo os limites difíceis de definir. A sociedade MARCÉ, em França, contempla todo o primeiro ano após o nascimento para a ocorrência da depressão pós-parto, justificando a necessidade de atender a formas menos graves que correriam o risco de ficar esquecidas e sem tratamento (Martinet, 2008).

Além disso, pode ser difícil diagnosticar a depressão numa fase precoce porque a mulher não valoriza os sintomas, associando-os às transformações decorrentes da maternidade ou, valorizando-os, hesita face à possibilidade de um diagnóstico psiquiátrico no período perinatal devido ao medo, choque, negação e humilhação que lhe estão associados (Misri & Joe, 2008).

O início da depressão pós-parto é insidioso e, habitualmente, consecutivo ao blues pós-parto. O quadro apresentado é típico da depressão neurótica que acontece noutras épocas da vida e caracteriza-se, nos seus aspectos clínicos, por humor triste, choro,

labilidade emocional, fadiga, ansiedade excessiva, dificuldades na ligação aos outros e evitamento de acontecimentos sociais (McKenzie-McHarg et al., 2007).

A grande diferença entre este quadro e a depressão neurótica típica é a existência de uma componente importante ligada à presença do filho, tal como a falta de prazer no cuidar e a incapacidade de corresponder às suas necessidades e, por vezes, a manifestação de fobias de impulsão (medo de ter vontade de fazer mal ao bebé). Para além destas, manifesta irritabilidade para com o companheiro e para com outras crianças, lentidão psicomotora, sofrimento mental, astenia, queixas somáticas e perturbação da concentração. São aspectos específicos da depressão pós-natal, o agravamento dos sintomas ao princípio da noite, a dificuldade em adormecer e a labilidade emocional (Figueiredo, 2001; Martinet, 2008).

Os critérios de diagnóstico da depressão pós-parto são os mesmos que para a depressão *major*, acrescentando as flutuação do humor, labilidade emocional e preocupação exagerada com a criança. Habitualmente, há comorbilidade com perturbações da ansiedade ou com sintomas ansiógenos significativos (Gorman et al., 2004; O'Hara, 2009).

As alterações hormonais têm sido objecto de estudo na pesquisa dos factores etiológicos da depressão pós-parto. Foi realizado um estudo com o objectivo de conhecer o efeito do cortisol e da progesterona na depressão pós-parto. A avaliação dos níveis de cortisol e de progesterona, recolhidos de manhã e à noite, desde as duas últimas semanas anteriores ao parto até aos primeiros trinta e cinco dias após o parto, em mulheres deprimidas e não deprimidas, foram significativamente diferentes. Sete mulheres desenvolveram depressão *major* de acordo com os critérios do DSM-III-R. Não houve associação entre o nível de progesterona e o estado de humor nas cinco a seis semanas pós-natais. Níveis mais baixos de cortisol à noite, no período peri-parto foram associados com a depressão pós-natal. O estudo não apoia o interesse de administrar progesterona após o parto como profilático da depressão pós-natal nem as associações entre o humor pós-natal e o eixo adreno-hipotalâmico-hipofisário (Harris, Lovett, Smith, Read, Walker, & Newcombe, 1996).

A depressão pós-parto é nefasta para a mulher e tem efeitos imediatos no bebé que, apesar de poderem parecer pequenos, são muito significativos, nomeadamente a nível cognitivo e emocional (Beck cit. in McKenzie-McHarg et al., 2007). Além disso, é consensual que a depressão pós-parto deve ser identificada e tratada o mais precocemente possível (Misri & Joe, 2008).

É ao nível das interacções que as mães deprimidas no período pós-parto reagem menos aos seus filhos. Os filhos de mães deprimidas demonstram menor contacto visual

com a mãe durante a alimentação, menor brincadeira, menor afecto positivo e níveis mais elevados de comportamentos de fuga. São bebés mais sonolentos e irrequietos e apresentam valores mais elevados de vinculação insegura, comprometimento do desenvolvimento cognitivo, social e emocional em idade pré-escolar, escolar e posteriormente (Marcus, 2009; O'Hara, 2009).

Os factores de risco para a depressão pós-parto incluem factores perinatais (gravidez não planeada, complicações obstétricas, parto instrumental), biológicos (hormonas aumentadas, tal como o cortisol e a norepinefrina, etc.), individuais e circunstanciais (relação conjugal pobre ou não ter parceiro, reduzido apoio social ou familiar, idade, paridade, acontecimentos de vida, abuso sexual e história prévia de doença psiquiátrica como depressão e ansiedade durante a gravidez), socioeconómicos (desemprego ou más condições habitacionais) e factores pós-natais como sentimentos de isolamento, falta de apoio, não amamentar, exaustão e saúde física debilitada (McKenzie-McHarg, Cockburn, & Cox, 2007).

Para além dos factores referidos, são ainda considerados factores importantes, a história de depressão anterior, pessoal ou familiar, não ser casada, ter baixo nível socioeconómico e consumir álcool. Estão particularmente em alto risco as mulheres com história de depressão pós-parto anterior, com surtos de bipolaridade ou psicose (Marcus, 2009), com blues pós-parto e com uma criança de temperamento difícil (O'Hara, 2009). A raça ou etnia não foram consideradas na metanálise, mas o autor considera que devem ser estudadas em futuras investigações (Idem).

Alguns estudos sugerem que a depressão pós-parto se desenvolve no mesmo contexto psicossocial das depressões de outra fase da vida da mulher. Isto quer dizer que as depressões não ocorrem como resposta psíquica ao nascimento da criança ou às mudanças hormonais específicas e que o tratamento clínico da depressão é o mesmo, qualquer que seja a sua causa. No entanto, em situações futuras, principalmente de gravidez, a mulher pode tornar-se mais fechada em si mesma se teve uma depressão associada ao nascimento de uma criança (Ibidem), o que indica diferenças, ainda que pontuais, em relação ao quadro habitual.

Quando se conhecem os factores de risco de depressão pós-parto, devem começar-se programas de intervenção mais intensivos na gravidez e prolongar-se durante o período de pós-parto (McKenzie-McHarg et al., 2007; O'Hara, 2009). Estes autores consideram que a intervenção terapêutica na depressão pós-natal se faz, essencialmente, através da psicoterapia interpessoal e cognitivo-comportamental, tal como em outros tipos de

depressão. O tratamento farmacológico é também utilizado, embora haja uma grande discussão à volta dos efeitos da medicação na amamentação do bebé e no desenvolvimento das crianças a ela expostas.

São factores protectores da depressão pós-parto, os pais terem boa saúde mental e receber a influência e apoio de outros cuidadores (McKenzie-McHarg et al., 2007).

CAPÍTULO III

REPRESENTAÇÃO DA VINCULAÇÃO PRÉ-NATAL:

Articulação com a experiência psicológica da gravidez e da parentalidade

1. Vinculação, conceito e desenvolvimento da teoria

A vinculação é uma área de investigação que continua em franco desenvolvimento. O conceito foi proposto por Bowlby (1958) no âmbito da criação da teoria com o mesmo nome. A génese do conceito está na análise das relações entre os filhos e os pais após o nascimento, seguindo-se o progressivo alargamento do seu campo a todo o ciclo vital (Cassidy, 1999).

Apesar da escassez de conceptualização acerca dos laços que se estabelecem entre os pais e os filhos antes de nascerem, quer na teoria Bowlbiana da vinculação, quer nas teorias sistémicas do ciclo de vida, verificou-se, ao longo das últimas décadas, o aparecimento de bastantes estudos de grande relevo científico, apoiados em medidas psicométricas que foram criadas para investigar a relação materno-fetal e paterno-fetal, designada vinculação pré-natal, vinculação antenatal ou vinculação materno/paterno-fetal.

Estes estudos fundaram-se, essencialmente, nas preocupações clássicas com a ligação íntima entre a mãe e o seu feto e, embora alguns autores tenham atribuído a designação de vinculação à relação entre os pais e o feto (e.g., Cranley, 1982; Muller, 1993), este conceito foi estabelecido à margem da teoria conceptualizada por Bowlby e seguidores e assim permaneceu durante alguns anos.

Nos trabalhos de Condon (1993), o conceito foi enraizado naquela teoria e muitos estudos de investigação recentes têm feito avaliações da vinculação pré-natal na perspectiva do autor, com o instrumento de medida por si construído, tentando edificar um ramo designado por vinculação pré-natal e que pertença a um tronco comum, a vinculação.

O lugar de destaque que a ligação de ambos os progenitores ao feto ocupou na psicologia da gravidez e da maternidade, deixando o campo exclusivo da obstetrícia, continua a tentar consolidar-se na teoria de Bowlby, apesar de algumas discórdias entre os autores e as diversas correntes de pensamento que lhes estão associadas.

As controvérsias observadas entre a teoria da vinculação pré-natal e a teoria original da vinculação devem-se, essencialmente, à conceptualização de que a vinculação começa após o nascimento e se estabelece a partir do comportamento de vinculação da criança em relação ao seu cuidador, com interacção recíproca, em que a criança procura segurança e proximidade e os cuidadores correspondem fornecendo esses cuidados. Isto não se verifica, de todo, no caso dos pais e do feto. De acordo com esta perspectiva, revisões críticas da literatura têm sugerido que a relação dos pais com os seus filhos antes de nascerem não é

uma relação de vinculação, como Bowlby e Ainsworth a definiram, sendo mesmo posta em questão, por alguns autores, a designação de relação, pois estes termos orientam para a construção de interacções diádicas partilhadas o que, na sua opinião, não ocorre no período pré-natal (Walsh, 2010).

A vinculação durante a gravidez não é a vinculação feto-materna ou feto-paterna, é sim a vinculação materno-fetal ou paterno-fetal, o que está de acordo com os autores que se têm debruçado sobre este assunto. Importa, então, realçar que, em parte, dificuldade semelhante ocorreu na definição da vinculação entre mãe/pai e filho ao longo do desenvolvimento, tendo sido esta ultrapassada com a definição das representações da vinculação materna e paterna, o mesmo podendo acontecer em relação ao período pré-natal.

Na mesma linha de pensamento, segundo Walsh (2010), a relação materna e paterna com o feto seria um constructo multifacetado, no qual se realça a possibilidade colocada pelos teóricos da vinculação de que o sistema dos que cuidam (caregiving system) tem como parceiro recíproco o sistema de vinculação (attachment system), agora evoluído porque é adulto, para fornecer cuidados e protecção ao feto, formando a representação da vinculação pré-natal, tal como, de forma ainda mais complexa, será formada com o filho depois de nascer.

Apesar de o termo vinculação não ser propriedade dos teóricos da vinculação, as ideias acerca da vinculação pré-natal devem estar enraizadas nesta teoria. Assim, aquilo a que chamamos vinculação pré-natal será um sistema representacional de vinculação dos pais ao feto e é assim que o assumimos neste trabalho, ainda que, por uma questão de facilidade, possamos designá-lo simplesmente por vinculação pré-natal.

Para compreender como é que a vinculação pré-natal, conceito proposto por um conjunto de autores, pode ser articulada e integrada na teoria da vinculação actual, começamos por fazer uma abordagem genérica da teoria da vinculação, desde a origem até ao momento actual. Assim, começaremos por definir o conceito psicológico de vinculação, no âmbito da teoria da vinculação, abordando em seguida as origens e o desenvolvimento da teoria da vinculação nos seus aspectos mais relevantes. Depois, passamos à explanação da construção do conceito de vinculação pré-natal, materna e paterna e apresentamos os contributos dados pelos diferentes autores. Continuamos com a apresentação dos instrumentos de medida utilizados na investigação e realizamos a análise dos factores determinantes e a sua influência ao longo do processo de vinculação. Terminamos com a apresentação de estudos longitudinais da vinculação materna e paterna entre os períodos pré e pós natais e teceremos, de acordo com a pesquisa, algumas críticas ao constructo.

1.1. O conceito psicológico de vinculação

O termo vinculação e o seu conceito apareceram descritos na literatura psicológica, pela primeira vez, em 1958, no artigo de Bowlby “A natureza da ligação da criança com a mãe” (Bowlby, 1958). A sua tese afirmava que a vinculação é um comportamento inato que tem como resultado previsível manter ou estabelecer a proximidade do bebé com a mãe e a sua protecção, podendo ser reforçado ou enfraquecido por factores situacionais (Bowlby, 1984).

A definição original de vinculação foi feita no sentido de descrever o laço criança-pais, em que a criança procura o cuidado de quem melhor seja capaz de lho fornecer, sendo essa pessoa percebida por ela como mais velha e mais sábia, o que nem sempre é uma percepção muito precisa (Walsh, 2010).

Em 1959, no XXI Congresso Internacional de Psicanálise, Bowlby defendeu a sua nova concepção e propôs a substituição da expressão dependência emocional pelo termo vinculação, por considerar que esta nova terminologia viria a colmatar insuficiências teóricas existentes na compreensão da ligação afectiva recíproca (Zazzo, 1974).

Na literatura, a génese da vinculação encontra-se na relação recíproca profunda, emocional e física, entre a criança e os seus pais que regula a confiança nas relações íntimas futuras (Gerner, 2005). Este conceito reforça a importância das forças de ligação psicológica, independentemente da dependência fisiológica a que a criança possa estar sujeita, o que significa que o equipamento inicial do bebé, geneticamente programado, se desenvolve através da sua interacção com o ambiente (Ainsworth, 1969, p. 207).

Embora o primeiro laço se forme habitualmente com a figura materna, a vinculação ocorre em todas as idades, não significando imaturidade e insegurança e define-se como o laço afectivo que uma pessoa forma com outro indivíduo específico. É discriminativa e específica e, depois de estabelecida, tende a persistir e a ser duradoura (Ainsworth, 1969). Nesta perspectiva, a vinculação não pode ser aplicada a uma relação accidental ou a uma transacção de dependência meramente situacional pois, nas palavras de Ainsworth (op. cit), lança pontes sobre o espaço e sobre o tempo.

Segundo Bowlby, a relação entre o bebé e a mãe desenvolve-se no âmbito de um sistema interactivo, com articulação de dois papéis distintos mas complementares, o do bebé em busca de cuidados e atenções que garantam a satisfação das suas necessidades de segurança e protecção, ou care-seeking role, e o do adulto, disponível e capaz de responder

às solicitações da criança, através da prestação de cuidados, ou care-giving role (Soares, 1996).

O modo pelo qual o sistema de comportamento de vinculação se torna organizado em relação a uma determinada figura, forma a vinculação (Ainsworth e cols., 1978). Este pressuposto justifica-se pela necessidade que os bebês e as crianças têm de desenvolver uma dependência segura, relativamente a um dos progenitores, para poderem aventurar-se nas novas situações (Bretherton, 1992). Os comportamentos de vinculação são constituídos por “respostas instintivas” ou padrões de comportamento específicos da espécie, que se desenvolvem e organizam ao longo dos primeiros doze meses de idade do bebê e são orientados para uma figura maternal preferencial (Idem).

As respostas que formam a base do comportamento de vinculação (*attachment behaviour*), e actuam como desencadeadores sociais de respostas espontâneas na figura materna, são: chupar, agarrar, seguir, chorar e sorrir. Estas respostas nunca desaparecem, podendo ser exibidas na idade adulta, em situações de perigo, doença ou vulnerabilidade. Para Bowlby, as respostas agarrar e seguir são mais importantes do que as respostas chorar e chupar, para o estabelecimento da vinculação. As respostas chupar, agarrar e seguir têm como objectivo a alimentação e a proximidade íntima da mãe, sendo necessária uma resposta recíproca limitada por parte desta. No que diz respeito à resposta chupar, Bowlby considera que esta pode ser facilmente transposta, pela criança, para outros objectos e concluiu que, por isso, há pouca relação entre a perturbação mental e o ser amamentado ao seio (Ibidem). A resposta agarrar é uma característica universal dos primatas e, sorrir e chorar são desencadeadores sociais de respostas naturais nas mães que estimulam a ligação mãe-bebê (Bowlby, 1976).

Mais tarde, Bowlby (1984/1969) reformulou a sua tese original e acrescentou que os cinco padrões comportamentais (simples) são incorporados em sistemas corrigidos em função dos objectivos (“goal corrected systems”), muito mais sofisticados, que se organizam e activam entre os nove e os dezoito meses, para que a criança mantenha a proximidade com a mãe. A acessibilidade às figuras parentais constitui o único meio capaz de produzir pensamentos e sentimentos de segurança na criança, que lhe permitam desenvolver a curiosidade de si e do ambiente e explorar o meio (Idem). Este é o designado sistema exploratório, em que a criança usa a figura de vinculação como base segura para explorar o mundo. Tal como outros sistemas de comportamento, o sistema exploratório é apoiado pelo sistema de vinculação (*attachment system*) e interage com ele (Cassidy, 1999).

O sistema referido é mantido pelos comportamentos de vinculação e não envolve apenas comportamentos mas, também, componentes cognitivos e emocionais que o bebé vai construindo ao longo das interacções com as figuras que o cuidam e o protegem (acessibilidade e responsividade). O sistema de vinculação, segundo Cassidy (1999), é formado pela cognição, afecto e experiências de interacção com os cuidadores. Seria uma tendência, com raízes biológicas, para procurar a proximidade da figura de vinculação e teria, em termos filogenéticos, uma função de protecção da espécie (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1984/1969; Main, Kaplan, & Cassidy, 1985; Soares, 2007; Walsh, 2010).

Das primeiras relações de vinculação, a criança forma uma representação interna da qualidade da sua vinculação, a que Bowlby chamou modelos internos de funcionamento ou modelos internos dinâmicos de vinculação (Internal Working Models) (Bowlby, 1984/1969; 1988; Bretherton, 1992; Soares, 2007) que permitem compreender a génese das representações internas que resultam das relações com cada um dos pais e são baseados na interiorização e generalização destas relações. Os modelos internos dinâmicos de vinculação têm profunda influência no desenvolvimento da personalidade e nas relações de vinculação futuras e põem-se em marcha a partir do fim do primeiro ano de vida (Guedney & Guedney, 2006). A existência destes modelos é um princípio básico da teoria da vinculação e caracteriza o comportamento do indivíduo na interacção social, baseada na história das relações que vão equipar a estrutura dedicada ao desenvolvimento do sentido de si e do sentido dos outros (Bretherton, 1992).

Estas relações típicas desenvolvem-se ao longo do tempo, em simultâneo com as capacidades do indivíduo e, presume-se, com a manutenção de padrões fixos para as interacções sociais. Estudos recentes sugerem que os modelos internos dinâmicos de vinculação dos adultos, nos diferentes domínios das suas relações, estão associados a entidades distintas (Dickstein, Seifer, & Albus, 2009).

A vinculação dá lugar a sentimentos de amor, segurança e alegria. A sua ruptura dá lugar à ansiedade, desgosto e depressão (Guedney & Guedney, 2006). A vinculação pertence a um conjunto mais amplo de ligações afectivas e pode definir-se, segundo Ainsworth, citada por Soares (2007), com base nos seguintes critérios: a) é persistente e não transitória; b) envolve uma figura específica e espelha a atracção que um indivíduo tem por outro; c) é uma relação emocionalmente significativa; d) o sujeito deseja manter a proximidade ou contacto a figura de vinculação, ainda que tal possa variar em função de factores como a idade, o estado do indivíduo ou as condições do meio; e) o indivíduo experiencia uma certa perturbação perante uma situação de separação involuntária,

principalmente quando deseja a proximidade mas tal não lhe é possível e f) procura de segurança e de conforto na relação com essa pessoa. É este último critério, segundo Cassidy (1999), determina a distinção entre ligações parentais e vinculação da criança aos pais.

Nas palavras de Bowlby (1979), “a vinculação acompanha o ser humano do berço ao túmulo”, não se circunscrevendo a um único período do ciclo vital (Soares, 2007, p. 43). O indivíduo tem capacidade para estabelecer relações emocionais próximas, aspecto central no desenvolvimento humano que está presente desde o nascimento e se mantém ao longo do ciclo de vida (Ainsworth, 1969; Bowlby, 1969/1984).

Nestas circunstâncias, o conceito de vinculação e a investigação foram alargadas a todo o ciclo vital. Mais recentemente, a investigação mostrou que a vinculação pode ser aplicada às relações pais-criança e às relações entre adultos. A vinculação materna é um campo pouco explorado, ao contrário do que acontece com a vinculação do bebé (George & Solomon, 1999). O sistema de vinculação materna desenvolve-se numa interacção constante com o sistema de vinculação do bebé e tem a mesma função adaptativa que é proporcionar a protecção e a sobrevivência da criança. Nos adultos, na opinião de Walsh (2010), os parceiros são ambos do tipo care-seeking role e care-giving role, isto é, cada adulto procura e presta cuidados ao outro. Mas, mesmo nestes, a vinculação refere-se à procura de cuidados, quando comparada com a prestação de cuidados.

A propósito do período pré-natal, a autora acrescenta que as mães não procuram os cuidados do seu filho antes de nascer. Por isso, considera que para explorar o que os pais sentem pelos seus filhos antes de nascer, é necessário distinguir entre a vinculação, o que presta cuidados, os outros sistemas e o que pode orientar o desenvolvimento destes sentimentos ou representações. Será sempre ao nível das representações que a vinculação pré-natal se situará. Pode considerar-se, com Walsh (2010), que a vinculação pré-natal se reveste de muitos sofismas para a teoria da vinculação. Por exemplo, os estudos de Seimyr, Sjogren, Welles-Nystrom e Nissen (2009) e de van den Bergh e Simon (2008) começaram por fazer importantes distinções entre vinculação, cuidador, amor e outro tipo de relações mas, segundo Walsh (2010), nunca chegaram a dizer o que são as relações pré-natais nem se estas não são relações de vinculação.

A literatura não tem sido muito clara a este respeito, pois podem facilmente confundir-se os conceitos, dado o conjunto de variáveis presentes durante a gravidez e o nascimento de um filho. Klauss e Kennel (1976) introduziram na literatura a terminologia “bonding” para designar a relação única, específica e duradoura que se forma entre a mãe e o bebé. O bonding estabelece-se desde os primeiros contactos da mãe com o filho, é

facilitado pelo sistema hormonal e é estimulado pelo bebé. A sua formação é privilegiada se ocorrer imediatamente após o parto, pois este é um período sensível. No entanto, mais tarde, esta ideia foi flexibilizada considerando-se que o bonding acontece de forma gradual como se pode constatar nos estudos referidos por Figueiredo (2003), em que a ligação afectiva da mãe ao bebé se determina desde a gravidez, em que pode haver mães indiferentes ao filho no momento do nascimento e, ainda, que a vinculação se pode desenvolver ao longo do primeiro ano de vida de forma mais forte do que no pós-parto imediato.

Figueiredo (2003) referiu-se a Robson e Moss (1970) para indicar que estes autores haviam preferido a designação “maternal attachment” para dar conta da extensão em que a mãe sente que o bebé ocupa uma posição central na sua vida e que os contactos iniciais entre a mãe e o bebé são críticos para a qualidade futura dos cuidados maternos, determinando o desenvolvimento e bem-estar do bebé. Retomaremos este assunto mais à frente. A vinculação materna e paterna ao filho será muito mais representacional do que real, depois de o bebé ter nascido e na gravidez e é este o conceito que vamos desenvolver.

1.2. Desenvolvimento da teoria da vinculação

O desenvolvimento da teoria da vinculação começou nos anos trinta, com o crescente interesse de Bowlby pelos efeitos da separação ou perda da figura materna no desenvolvimento da criança (Bowlby, 1958). A sua intenção era desenvolver uma perspectiva alternativa à psicanalítica, para as origens e dinâmica daquilo que promove e sustenta as ligações da criança com a mãe. A teoria da vinculação mantém-se em evolução e, hoje, é uma teoria do desenvolvimento das relações que parece estar para além da reconstrução feita por Bowlby, das concepções freudianas de motivação, emoção e desenvolvimento (Bretherton, 1992).

O ponto de partida de Bowlby para a emergência de uma nova teoria foi a prática clínica, o trabalho que desenvolveu na Tavistock Clinic de Londres, os contributos da etologia, os trabalhos de Harlow (1958) e o auxílio dos seus colaboradores, dos quais se salientam James Robertson, após 1948 (com a observação naturalista) e Mary Ainsworth, a partir de 1950 com a importância do conceito de segurança no desenvolvimento da criança (Guedney & Guedney, 2006).

Bowlby partiu do pressuposto que os estados psicopatológicos têm origem nas experiências reais da vida interpessoal, cruciais para o desenvolvimento, o que contrastou com a ênfase Kleiniana na prevalência etiológica da fantasia e de processos autógenos e intrapsíquicos (Marrone, 2001). A importância atribuída ao ambiente real e aos acontecimentos de vida dos indivíduos, um dos grandes méritos do seu trabalho (Genovese, 1991), foi um dos principais motivos da clivagem com a corrente psicanalítica da época (van Dijken, Ver, van IJzendoorn, & Kuipers, 1998). Na opinião de Bowlby, o seio não é a mãe, o oral não é o primado e a relação com a mãe não é do tipo anaclítico (Guedney & Guedney, 2006; van Dijken et al., 1998).

A descrição teórica da perda e do luto e das suas fases, na criança, e o estudo das condições de sofrimento desadequado em situação de perda, nas quais esta poderá sobreviver psiquicamente, foram contributos importantes de Bowlby (1961) que salientou a existência de uma relação securizante com os pais antes da perda, para a compreensão do luto (Guedney & Guedney, 2006). A interacção familiar e o fenómeno intergeracional foram também preocupações de Bowlby, nos anos 40, encontradas na publicação do estudo “A influência do ambiente precoce no desenvolvimento da neurose e do carácter neurótico”. Bowlby acreditava que as interacções precoces entre os pais e a criança formam o desenvolvimento emocional e comportamental futuro da criança e vão influenciar significativamente as interacções com o resto do mundo. Afirmou que as relações pais-filhos bem sucedidas “são a chave principal da saúde mental da próxima geração” (Idem, 1988, p. 1).

Em 1976, Bowlby integra as conceptualizações de psicanalistas como, por exemplo, Winnicott ao considerar a importância do contacto físico mãe-filho, tal como a temperatura corporal, o movimento e a calma, ou de Anzieu (1974), ao referir a importância da pele como zona corporal de permuta com o outro e, ainda, de Ajuriaguerra (1989) sobre o toque e o ser tocado pela pele. Atribuiu, também, importância a alguns trabalhos de Spitz (1988) nas referências que faz à mãe como organizador psíquico e concebe a existência de períodos críticos no desenvolvimento psicológico (Bowlby, 1981).

Bowlby, em 1977, defendeu a sua teoria, afirmando que é uma forma de conceptualizar a tendência dos seres humanos para formarem fortes laços afectivos com determinadas pessoas em particular e, também, uma forma de explicar a ampla variedade de formas de dor emocional e de transtornos da personalidade, tais como a ansiedade, ira e depressão que se produzem como consequência da separação indesejada, ou da perda efectiva (Marrone, 2001).

A teoria da vinculação foi descrita numa trilogia (Attachment and Loss), cuja primeira obra – Attachment (Bowlby, 1984/1969) se constitui como marco importante na sua construção. Neste primeiro volume, Bowlby defendeu a ideia de que o ser humano está equipado com um sistema comportamental de vinculação que lhe permite estabelecer relações próximas e uma base segura para explorar o ambiente. No segundo volume, Separation: Anxiety and Anger (1973) articulou três ideias chave: 1- a confiança da pessoa na disponibilidade da figura de vinculação levará a que seja menos provável o medo e a ansiedade; 2- a segurança desenvolve-se ao longo da infância e persistirá ao longo da vida; 3- a disponibilidade da figura de vinculação irá sentir-se nas relações estabelecidas posteriormente. Em Loss, Sadness and Depression (1980), o terceiro volume, Bowlby aponta para as implicações futuras das primeiras relações de vinculação, salientando o impacto na saúde mental do indivíduo.

Nos anos 70, os trabalhos avançaram no plano metodológico, com Mary Ainsworth e colaboradores, ao serem construídos procedimentos para a recolha e tratamento de dados que permitiram fundamentar as ideias e a prática clínica (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Mary Ainsworth destacou-se com a criação da Situação Estranha (Strange Situation) – situação laboratorial de observação de bebés e suas mães que permite avaliar três estilos de vinculação da criança à sua mãe: segura, insegura e não vinculada. Esta classificação veio a ser redefinida mais tarde (Bretherton, 1992). O trabalho empírico de Mary Ainsworth começou durante a sua estadia no Uganda, com a observação de famílias com bebés ainda amamentados e continuou em Baltimore, no regresso aos EUA, em meio laboratorial. Um aspecto fundamental do seu trabalho foi a avaliação das diferenças individuais na qualidade das interações mãe-criança, assunto que Bowlby havia deixado de lado por ser demasiado difícil de estudar (Idem).

A sensibilidade materna aos sinais da criança foi outro conceito muito importante na obra de Ainsworth. Aquela foi definida por Ainsworth et al. (1979) como a capacidade materna para perceber e interpretar adequadamente os sinais e a comunicação da sua criança e responder-lhe apropriadamente. Mostrou-se a característica preditora mais importante da vinculação segura na criança.

A partir dos dados de entrevistas realizadas, a autora observou que as mães que dão informações espontâneas e com maior detalhe acerca dos seus filhos são as que apresentam maior sensibilidade materna. Os bebés cujas mães tinham maior sensibilidade materna eram os mais seguramente vinculados. E, a sensibilidade materna no primeiro trimestre de vida

do bebé estava associada a relações mãe-bebé mais harmoniosas no quarto trimestre (Bretherton, 1992).

A diminuição da sensibilidade materna está associada à diminuição da vinculação segura na criança, colocando-a em alto risco de problemas de desenvolvimento, de comportamento, de negligência e de abuso (Bretherton et al., 1989). O desenvolvimento de este conceito foi um importante contributo para os estudos sobre a vinculação no período pré-natal.

Estudos recentes mostraram que são preditores estatisticamente significativos da sensibilidade materna, a vinculação materno-fetal, a identidade materna, o estatuto profissional da mulher, o apoio social e a idade gestacional no momento do nascimento (neste caso a sensibilidade aumenta em nascimentos inferiores a trinta e sete semanas). Além disso, é um factor muito influente na vinculação pós-natal mãe-criança (Shin, Park & Kim, 2006). Um grande preditor da sensibilidade materna na interacção com a criança é a presença de doença mental materna (Redshaw & Akker, 2007).

Apesar da relevância do conceito proposto e estudado por Ainsworth, uma revisão da literatura realizada por De Wolf e van IJzendoorn (1997) acerca dos antecedentes parentais da vinculação segura, em que se analisaram sessenta e seis estudos onde é investigada a influência da sensibilidade materna, veio a concluir que em contextos normais a sensibilidade do prestador primário de cuidados é importante mas não constitui condição exclusiva para o desenvolvimento da vinculação segura. Segundo os autores, outras vertentes relacionadas com o exercício da parentalidade desempenham um papel importante sobre a vinculação, destacando o controlo e a imposição de limites, especialmente após o primeiro ano de vida da criança.

Ainda no que se refere ao plano metodológico, na sequência dos estudos efectuados sobre a vinculação na criança através da situação estranha, o foco da vinculação alargou-se para o adulto nos anos oitenta, com Mary Main (discípula de M. Ainsworth) e os seus estudos em Berkeley. Estes tiveram um papel preponderante na reconceptualização da vinculação, em termos de modelos internos operantes e da sua avaliação à volta da organização do discurso narrativo. Neste contexto, foi criada a Adult Attachment Interview – AAI (George, Kaplan & Main, 1985) que permite a avaliação da representação da vinculação ao longo do ciclo da vida e o estudo da transgeracionalidade, conceito central na teoria de Bowlby (Bretherton, 1992; Guedney & Guedney, 2006; Soares, 2007), já referido atrás, no capítulo I. O mais impressionante, segundo Miljkovich (2001), foi,

provavelmente, o lugar atribuído ao discurso, na teoria da vinculação, com a utilização da AAI e a passagem ao nível das representações que ela permite.

Seguiram-se inúmeros estudos de investigação, quer a nível das representações da vinculação no adulto, quer em crianças, a partir da situação estranha, onde a investigação mostrou haver concordância nos padrões de vinculação entre os pais e os filhos, obtidos a partir dos dois instrumentos, em gerações diferentes, como se de uma transgeracionalidade se tratasse (e.g., van IJzendoorn, 1992).

Nos primeiros tempos de vida, os comportamentos da criança estão em interacção inevitável com os comportamentos recíprocos da figura materna e esta primeira vinculação irá marcar o início da sua história individual de desenvolvimento (Grossmann, Grossmann, & Zimmerman, 1999). Isto é, a mãe e a criança estão ligadas por sistemas comportamentais que interagem entre si, de forma dinâmica e equilibrada. O sujeito deve ser compreendido num contexto social com os seus comportamentos de vinculação que se entrelaçam com os comportamentos recíprocos dos outros (Waters & Cummings, 2000).

Uma lacuna nos trabalhos efectuados no âmbito da vinculação é a abordagem ao período pré-natal e à representação da vinculação que os progenitores estabelecem com o feto. Contudo, uma onda de investigadores neste domínio tem crescido e tem tentado construir um novo conceito, como analisaremos mais à frente.

1.3. Dissidências e convergências entre a teoria da vinculação e a psicanálise

Bowlby substituiu a metapsicologia tradicional por um novo paradigma baseado na etologia, na cibernética, na teoria da informação e dos sistemas, na psicologia do desenvolvimento e na psicanálise, por considerar que a psicanálise clássica não dava respostas satisfatórias ao tema, sendo necessários novos princípios organizadores para abordá-lo com mais precisão (e.g., Bretherton, 1992, 2000; Grossmann et al., 1999; Guedney & Guedney, 2006; Marrone, 2001).

O ponto de divergência essencial de Bowlby com a psicanálise esteve na crítica severa e abandono da teoria das pulsões, o que nada agradou aos psicanalistas da época, embora houvesse já vozes críticas dessa teoria (Guedney & Guedney, 2006). Os conflitos travados entre os psicanalistas da sociedade britânica acerca dos factores cruciais, interpessoais ou intrapsíquicos que originam a patologia levaram Bowlby a desenvolver a firme convicção de que a psicanálise e o seu objecto de estudo não estão definidos por

nenhuma teoria particular, ou escola de pensamento e que esse objecto de estudo não deveria ser a vida intrapsíquica do indivíduo em estado de isolamento, mas sim a vida psicológica de um indivíduo em contexto interpessoal ou social. A publicação do estudo “44 jovens ladrões...” sugeria que o comportamento anti-social nos jovens tinha a sua raiz nas perturbações precoces da vinculação (Guedney & Guedney, 2006; Marrone, 2001; Soares, 2006, 2007).

As controvérsias entre Bowlby e a psicanálise continuaram, não só mediante as questões colocadas à teoria das pulsões mas também ao crescente interesse nas contribuições dos estudos etológicos de Lorenz, Hinde e Harlow, na resolução do seu problema teórico. Foram relevantes os estudos sobre o imprinting, particularmente filial e as suas funções biológicas de protecção e sobrevivência. Além disso, os estudos de Harlow (1958) com macacos rhesus mostraram que o comportamento de busca de proximidade era independente do desejo de ser alimentado.

Bowlby concluiu que a tendência da criança para formar um vínculo forte e fundamental com uma figura materna faz parte de uma herança com origem arcaica, cuja função é a sobrevivência da espécie (protecção no contexto da adaptação evolutiva) e que essa tendência é relativamente independente da oralidade ou da alimentação (Marrone, 2001).

Depois de apresentar o trabalho “A natureza do vínculo da criança com a mãe”, Bowlby começou a ser isolado na Associação Britânica de Psicanálise, datava o ano de 1960. Apesar disso, conservou a noção de processo inconsciente, manteve o interesse na significação dos sonhos e dos fantasmas e deu importância à noção de desenvolvimento psicossocial da criança, mas centrou-se na sua teoria, o que provocou muitas críticas pelos seus pares. Apenas em 1980, em Inglaterra, e em 1979, em França, as sociedades psicanalíticas se renderam, oficialmente, aos efeitos da teoria da vinculação (Guedney & Guedney, 2006).

Para além das divergências apontadas, foram também encontradas convergências entre a teoria da vinculação e a psicanálise. Estas situaram-se na importância das relações precoces, não exclusivamente alimentares, para o desenvolvimento precoce e na concepção de que a ansiedade está ligada ao medo da separação (Fonagy, 1999). Em Inglaterra, a contestação à separação da criança foi crescente, ficando célebre a frase de Anna Freud, “Seria melhor que cada puericultora levasse uma criança com ela e fechasse o orfanato”.

Margaret Mahler foi uma das autoras mais próximas de Bowlby pelo interesse colocado nos comportamentos efectivamente observados e no desenvolvimento; a noção de

base segura está explicitamente presente na sua teoria (Guedney & Guedney, 2006; Marrone, 2001). Mas, apesar dos conflitos entre John Bowlby e Melanie Klein, é com a teoria das relações de objecto que a teoria da vinculação tem maior compatibilidade (Holmes, 1993). Os pontos de convergência dizem respeito às relações entre a segurança da vinculação e a capacidade de integração na fase depressiva bem como a perspectiva que exclui a ideia de autismo inicial ou de fusão com a mãe. As forças em presença são imediatas, Édipo precoce, ou conflito pulsional, em Klein, ou vinculação, em Bowlby. Nota-se, também, a proximidade do mecanismo de defesa designado por exclusão defensiva, proposto por Bowlby, com a clivagem e nota-se o lugar privilegiado destes mecanismos nos sistemas teóricos dos dois autores. A oposição entre eles deve-se ao peso dado à realidade das relações pais-criança, colocado no lugar do sentimento de segurança ou, pelo contrário, nos mecanismos defensivos.

A teoria de Bowlby compara os termos de Kohut, nos EUA, com a noção de disponibilidade empática, de auto-estima e seu desenvolvimento. Vinculação em Bowlby é o amor primário em Balint, procura de objecto em Fairbairn e capacidade para a relação em Winnicott. Os conceitos de maternidade sensível, de holding e de handling, a importância dada à experiência precoce na psicopatologia do desenvolvimento, são coerentes com a teoria da vinculação (Guedney & Guedney, 2006; Marrone, 2001).

Mais tarde, na linha de Bowlby, mas sem o citar, segundo Guedney e Guedney (2006), estão: Stern e a sua “constelação materna” ou as representações de interações generalizadas, bem próximas do modelo interno do trabalho de Bowlby; Selma Fraiberg e a sua insistência na semelhança e impacto no desenvolvimento; Peter Fonagy no conceito de mentalização e auto-reflexão, apoiado, explicitamente na teoria da vinculação; Bion com o conceito de capacidade de rêverie materna que não deixa de recordar a insistência na capacidade de a mãe prestar atenção aos estados mentais do bebé e agir em função deles; Jeremy Holmes ao desenvolver, em 1973, o modelo psicoterapêutico da vinculação; Widlocher que pôs em causa a necessidade do modelo da pulsão, apoiando-se em conceitos cognitivistas e em Lacan, que inicialmente deu grande importância ao trabalho de Harlow e publicou um artigo célebre sobre o desenvolvimento do sentimento de si. Mas, as suas concepções teóricas posteriores afastaram-no deste ponto de vista genético. O essencial do desenvolvimento, para Lacan, situa-se nos sistemas simbólicos reais e imaginários e é ao sujeito que cabe libertar-se do que o precede, desejos e posições maternas e paternas articuladas no conceito “Nome do Pai”.

As convergências entre modelos podem estar na gênese de um novo paradigma na compreensão da gravidez e da parentalidade.

2. A vinculação pré-natal materna e paterna

O conceito de vinculação, tal como foi concebido no seio da teoria que o apoia, tem sido desafiado através de novas pesquisas que sugerem que esta começa durante a gravidez, ainda que sob a forma de representação, uma vez que este período não é apenas o resultado de conexões biológicas mas prolonga-se ao longo da vida e faz parte do desenvolvimento relacional humano.

Por ser um conceito aplicado inicialmente ao período após o nascimento, justifica-se que cerca de 90% das investigações se foquem na vinculação da criança aos pais e apenas uma pequena parte se dirija ao estudo da vinculação dos pais à criança. Menos atenção ainda, por parte dos teóricos da vinculação, tem recebido a investigação da vinculação dos pais ao bebé antes do nascimento (Condon, 1993), apesar de, paradoxalmente, a ideia das representações de vinculação entre a mulher e o seu feto não terem um desenvolvimento recente no domínio da psicologia da gravidez, como tem sido evidenciado ao longo de todo este trabalho.

A primeira referência que encontramos ao período pré-natal, nos clássicos da teoria da vinculação, é o estudo longitudinal de Byron Egland efectuado em 1974, em Minesota, sob influência de Sroufe, com uma amostra de 267 jovens mulheres grávidas, de meio social desfavorecido. Os trabalhos de Minesota mostraram a poderosa influência preditiva da vinculação segura precoce da mãe no desenvolvimento posterior, social e da personalidade, da criança. Este valor preditivo teve um impacto considerável nos EUA e em Inglaterra, para o reconhecimento da teoria da vinculação enquanto paradigma e também como um caso de investigação muito activo (Bretherton, 1992; Guedney & Guedney, 2006).

Os estudos correlacionais realizados entre as representações de vinculação no adulto e a vinculação nas crianças, apontaram para a necessidade de iniciar a investigação no período pré-natal. Reportamo-nos, por exemplo, aos estudos de Ainsworth, atrás referidos, a propósito da influência da sensibilidade materna na vinculação segura dos seus filhos. Ainsworth et al. (1979) afirmaram que a natureza da vinculação da criança à mãe, no fim

do primeiro ano de vida, depende das interações anteriores e de vários aspectos do seu desenvolvimento. Assegurou, ainda, que a forma como as crianças organizam o seu comportamento em relação às mães determinará o comportamento em relação a outros aspectos do ambiente (designado por núcleo de continuidade) apesar das mudanças que acontecem com as aquisições cognitivas e sócioemocionais.

Fonagy, Steele e Steele (1991, 1996) realizaram entrevistas durante a gravidez e fizeram estudos longitudinais de forma a validar os resultados encontrados na investigação sobre transmissão de padrões geracionais de vinculação. Estes estudos dirigiam-se para a representação da vinculação de cada adulto no período da gravidez, tal como aconteceu com os estudos de Isabella e Belsky (1985). Estas possibilidades na investigação vêm comprovar, empiricamente, o que Bowlby havia já sublinhado, ao considerar que a qualidade da vinculação é transmitida ao longo das gerações “não pelos genes mas pela microcultura familiar” (Soares, 2007, p. 17).

A teoria da vinculação nunca quis atribuir a designação de vinculação pré-natal à vinculação dos pais ao seu filho enquanto feto. Porém, a investigação tem sido feita em várias perspectivas. Os estudos de Klaus e Kennel (1976) a propósito das reacções emocionais dos progenitores face à perda neonatal afirmaram que os pais estão vinculados ao filho durante a gravidez. Condon (1987) reforçou que a morte perinatal provoca uma quebra na vinculação pré-existente, quer nas mães quer nos pais. É interessante observar que os primeiros passos de Bowlby para o desenvolvimento da teoria da vinculação versaram, precisamente, sobre as reacções emocionais da criança à perda dos pais.

Perante os desenvolvimentos teóricos e de investigação sobre o período pré-natal, o período da gravidez passou a ser olhado como o verdadeiro início das relações de vinculação entre pais e filhos que, como refere Moulder (1994), não podem ser confundidas com o investimento na gravidez, um processo activo que implica, por exemplo, a realização das tarefas maternas. A vinculação na gravidez, segundo o autor, refere-se ao desenvolvimento de sentimentos dos pais pelo bebé antes de este nascer.

Os investigadores da vinculação e das neurociências começam a cruzar os seus interesses e, mesmo não estando espelhado directamente nas descrições teóricas, a vinculação pré-natal está a encontrar o seu lugar onde três pessoas se encontram no desejo de proteger, de estar próximo, de dar segurança, na fantasia e no afecto e não no plano comportamental directamente observável.

Como já referimos no primeiro capítulo deste trabalho, a impossibilidade de observar directamente o feto em interações específicas com a mãe, torna esta relação

peculiar (Raphaell-Leff, 2009) e limita a perspectiva de Bowlby (1988) da vinculação enquanto processo bidireccional entre a criança e o cuidador. Assim, a teoria da vinculação requer ajustamento à vinculação emocional pré-natal, de modo a permitir a integração deste conceito (Siddiqui, Hagglof & Eismann, 1999).

Para conceptualizar a vinculação pré-natal, Condon (1993) propôs um modelo de vinculação no adulto e aplicou-o à vinculação pré-natal, definindo-a como o laço emocional que normalmente se estabelece entre os pais e o seu bebé antes de nascer. O autor mostrou que a sua conceptualização da vinculação segue o trabalho de Bretherton (1985) que, de um modo geral, define vinculação como laço emocional ou ligação psicológica.

Embora no momento do nascimento aconteça uma mudança qualitativa nas relações da mãe com a criança, isso não é, de maneira nenhuma, o começo da relação, nem para a mãe nem para a criança. A mãe e o bebé continuam a relação deixando aquele de ser o momento em que a iniciam, como era sugerido até há poucas décadas (Katz-Rothman, 1993; Klauss & Kennel, 1976). Durante cinco meses de gravidez, pelo menos, a mãe tem consciência física e cinestésica do feto e tem mais tempo ainda para o conhecimento intelectual do seu filho (Cranley, 1981). Esta consciência materna em relação ao filho parece ser crucial para estabelecer a vinculação ao feto e pode ser descrita, na opinião de Siddiqui et al. (1999), como vinculação pré-natal.

2.1. Construção do conceito

A construção do conceito pode ter começado com a importância dada ao investimento afectivo da mãe pelo bebé, durante a gravidez, que contribui para as relações posteriores mãe-filho. Este teve primazia com os autores psicanalíticos, designadamente: Deutsch (1945/1974) que descreveu uma progressiva incorporação do feto pela mulher, investindo-o de um amor narcísico, tomando consciência progressiva da sua existência para além de si e valorizando-o como indivíduo separado; Winnicott (1956), ao referir a “preocupação materna primária” da mulher no fim da gravidez, identificando como necessidades do feto, o ser protegido, ser amado e estar ligado a ele; Bibring (1959) ao lembrar que uma das tarefas psicológicas da gravidez era o investimento libidinal no feto e Benedek, em 1959, ao conceptualizar a gravidez como a “gestação de uma pessoa”, formando a identidade do bebé (Benedek, 1970).

Porém, o conceito de vinculação pré-natal não foi construído pacificamente assim como o próprio conceito de vinculação passou por várias mudanças, desde as primeiras concepções, em que Bowlby (1958) e Ainsworth (1969) se focavam na vinculação da criança à mãe. Alguns autores distinguiram entre bonding e attachment. Esta diferenciação foi, ela mesma, bastante controversa. O primeiro termo, representando a ligação biológica, genética e emocional entre a mãe e o bebê durante a gravidez e o nascimento e, o segundo termo, aprendido depois do nascimento através das interações entre os cuidadores e a criança, durante os três primeiros anos (James, 1991).

O bonding foi definido por Klaus e Kennell (1976) como “a única relação entre duas pessoas que é específica e duradoura ao longo do tempo”. De acordo com os autores, o processo de bonding dos pais à criança é instintivo e formado pelo contacto pele a pele durante o período sensível que são as primeiras horas de vida. As limitações metodológicas apresentadas nas suas investigações foram muito criticadas (Eyer, 1992; Tulman, 1986). Alguns estudos não encontraram diferenças na vinculação das mães que tiveram contacto com os seus bebês nas primeiras horas após o nascimento em comparação com as mães que não tiveram esse contacto imediato devido à rotina hospitalar (Svejda, Campos, & Emde, 1980). Assim, o bonding hoje é muitas vezes inadequadamente utilizado para descrever a vinculação da mãe à criança ou a vinculação materno-fetal.

Muller, em 1989, afirmou que a distinção entre os dois conceitos se tinha perdido e que *attachment* é geralmente usado para referir todas as relações entre os pais e os seus filhos em qualquer altura da vida (Gerner, 2005). Actualmente, os termos vinculação materno-fetal ou vinculação materna à criança são usados para descrever a vinculação da criança à mãe (Bretherton, 1992) ou da mãe à criança (Grace, 1984; Mercer & Ferketich, 1994; Tulman, 1986). Ambas as concepções consideram a vinculação como uma relação recíproca.

Rubin (1975) foi pioneira ao propor que o laço imediato observado entre as mães e o recém-nascido é consequência das experiências pré-natais que estimularam o desenvolvimento dessa proximidade emocional. A autora deu, assim, um contributo ao desenvolvimento da vinculação pré-natal sugerindo que as relações entre a mãe e a criança começam antes do nascimento. Propôs o “binding-in” (semelhante ao bonding), envolvendo-o no constructo de vinculação emocional pré-natal. Este seria um processo desenvolvimental com três fases que correspondem aos trimestres de gestação: durante o primeiro trimestre há uma pequena vinculação ao feto e a mulher está a começar a acostumar-se e a aceitar o estado de gravidez; no segundo trimestre, os primeiros

movimentos fetais e mudanças hormonais tornam a mulher mais confortável com a gravidez e esta centra-se em providenciar um bom alojamento para o feto, dentro do seu útero. Durante este período, a ligação entre a mãe e o feto cresce rapidamente; no último trimestre, o laço entre ambos persiste, mas a mulher fica muito cansada com o seu estado de gravidez.

Para além das fases propostas, Rubin define quatro tarefas da gravidez, a saber: assegurar uma passagem segura para si e para a criança durante a gravidez e o parto; assegurar a aceitação do seu filho por um número significativo de membros da família; iniciar a vinculação com o filho e aprender a dar-se em benefício de outrem”. Acontece que a sua teoria entrecruza a definição de atitudes face à gravidez com a vinculação pré-natal, visível nas quatro tarefas maternas da gravidez propostas à mãe, consideradas pela autora como a matriz da maternagem. E, as atitudes e os sentimentos sobre o feto não estão, necessariamente, relacionados com as atitudes face à própria gravidez (Condon, 1985; Curry, 1987), o que coloca em questão a sua proposta de conceptualização da vinculação pré-natal.

Lumley (1972) e Leifer (1977) iniciaram a investigação na vinculação pré-natal utilizando métodos observacionais e acabaram por ser alvo de críticas devido às fragilidades metodológicas apresentadas. Lumley, em 1972, entrevistou trinta mulheres durante os três trimestres de gravidez, para conhecer a imagem mental que tinham do feto. Com o passar dos meses, encontrou um aumento da utilização de termos humanos nas descrições que as mães faziam e, quanto mais esses termos eram humanos, menos sintomas físicos as mulheres tinham durante a gravidez (Condon, 1993; Siddiqui & Hagglof, 1999).

Leifer (1977) publicou um estudo exploratório prospectivo sobre a vinculação pré-natal, realizado com dezanove primíparas da classe média, com idades compreendidas entre os vinte e dois e os trinta e três anos, entrevistadas em cada trimestre da gravidez, no terceiro dia após o parto e dois meses a seguir ao nascimento. O seu objectivo era reconhecer o desenvolvimento dos sentimentos maternos, incluindo as relações entre o laço afectivo ao feto e a vinculação materna ao bebé no pós-parto. O autor descreveu mudanças psicológicas na mulher grávida e identificou vários comportamentos de vinculação com o feto, de proximidade e de procura, tais como falar com ele, chamá-lo pelo nome, pedir-lhe que se movimente e envolver o seu companheiro na conversa ou nos movimentos fetais.

Leifer acreditava que o desenvolvimento do laço afectivo com o feto era um processo importante que acompanhava a gravidez e que seguia uma sequência ordenada. Verificou que, para a maioria das mulheres, a percepção dos movimentos fetais marca um

ponto de viragem nos sentimentos maternos, resultando num grande alívio porque o feto está vivo e numa nova consciência do feto como uma entidade separada em vez de ser uma parte de si. Reparou que muitas mulheres se envolvem em várias actividades que demonstram sentimentos profundos pelo bebé que ainda não nasceu. No início da gravidez conversam com os maridos acerca do filho e do seu futuro. No segundo trimestre, a mulher imagina conversas com o bebé. No último trimestre, manifesta a presença de comportamentos maternos espontâneos. Leifer encontrou ligação entre os comportamentos de vinculação durante a gravidez e após o parto e afirmou que 25% das mulheres estavam pouco ou nada vinculadas ao bebé até ao fim da gravidez. Este grupo manteve fraca vinculação ao bebé até aos 7 meses pós-parto.

As descrições teóricas da psicologia da gravidez sugerem que a mulher se envolve na transição para a maternidade e na adaptação à gravidez e ao papel maternal e desenvolve um sentimento de vinculação em vários graus durante a gravidez. Os trabalhos desenvolvidos nesta área deram primazia ao papel da mulher neste processo, sendo o homem considerado o apoio para uma boa adaptação à gravidez e, não tanto, um agente directamente envolvido (e.g., Winnicott, 1975).

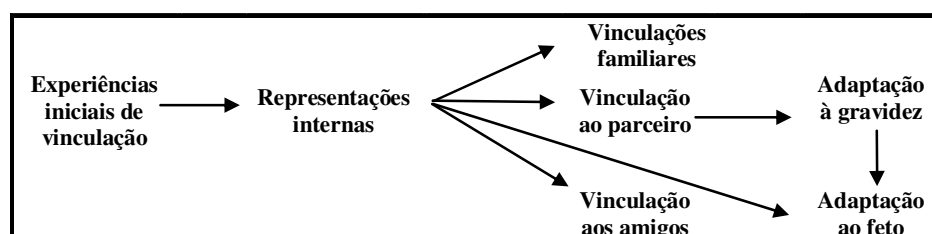
Com as mudanças sociais ocorridas, o homem foi chamado a participar na gravidez e verificou-se que passa por processos psicossociais idênticos aos da companheira (e.g., Lamb, 1992, 1997; Parke, 1996), proliferando os estudos acerca daquilo a que se chamou a sua própria vinculação e a vinculação ao seu filho antes de nascer. Estes estudos aparecem mais tarde na literatura, principalmente naqueles em que se compara a vinculação dos pais e a vinculação das mães, tendo levado à necessidade de adaptação de instrumentos de medida inicialmente criados para as mulheres (e.g., Weaver & Cranley, 1983), mesmo antes da definição operacional da vinculação pré-natal paterna.

Cranley (1981) foi pioneira na definição do conceito de vinculação materno-fetal com a construção de um instrumento de medida para o efeito. Definiu maternal-fetal attachment como “os comportamentos da mulher que representam afiliação e interacção com o seu filho ainda por nascer” (Idem, p. 282). Kunkel e Doan (2003) consideram que esta é uma definição genérica que aponta para a crescente afeição desenvolvida entre o adulto e o seu filho antes do nascimento.

Por considerar a proposta de Cranley escassa no que se refere à dimensão afectiva estabelecida pela mãe em relação ao filho, Muller (1993) conceptualizou a vinculação pré-natal como a relação afectiva única que se desenvolve entre a mulher e o seu feto, a qual necessita dos nove meses de gestação, dada a reestruturação que implica na vida da mulher

e que ocorre de forma progressiva, aumentando com o evoluir da gravidez. Muller (1993) criou um modelo de vinculação pré-natal muito interessante (Figura 1) e postulou que as experiências iniciais de vinculação conduzem ao desenvolvimento de representações internas que, por sua vez, influenciam as vinculações seguintes, formadas pela pessoa. As inter-relações entre as representações internas de vinculação, a vinculação ao companheiro e a adaptação à gravidez por um lado e, por outro lado, apenas as representações internas, determinam a vinculação ao feto.

Figura 1. Modelo de Vinculação proposto por Mary Muller



Fonte: Muller (1993, p. 202)

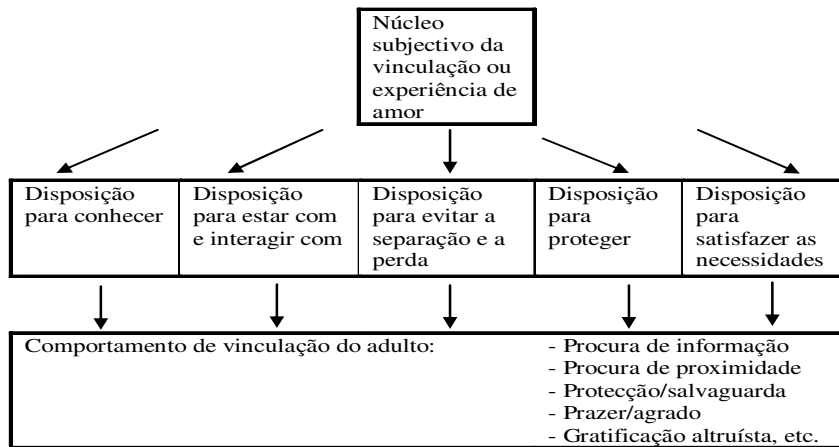
A gravidez é um tempo em que a mulher dá particular atenção às outras vinculações da sua vida (Colman & Colman, 1974; Rubin, 1984), particularmente à vinculação ao seu companheiro. Esta última está relacionada com a adaptação positiva à gravidez e a vinculação ao feto (Muller, 1993).

Contemporânea da proposta anterior, mas conceptualmente diferente, é a proposta de Condon (1993). Condon utilizou a definição de Bretherton para associar a vinculação ao “laço emocional” ou “vínculo psicológico” a um objecto específico. Definiu a vinculação pré-natal como sendo o laço emocional que normalmente se estabelece entre a mulher grávida e o seu bebé antes de nascer e considera que a vinculação pré-natal representa a forma mais básica de intimidade humana envolvendo um objecto. A propósito desta intimidade, Condon e Corkindale (1997, p. 360) afirmaram que “Estudar os factores que facilitam ou inibem o seu desenvolvimento e influenciam a sua intensidade pode fornecer informação importante sobre os determinantes mais complexos dos relacionamentos posteriores tais como os que acontecem entre a mãe e a criança”.

Condon assegurou que durante a gravidez, a mãe e o pai adquirem uma representação interna, crescentemente elaborada do feto e que “esta representação compreende uma curiosa mistura de fantasia e de realidade, sendo o feto um recipiente por excelência da projecção. É em relação a esta imagem interna que o vínculo emocional se desenvolve” (Idem, 1993, p. 168).

Devido às limitações da linguagem e à influência de processos inconscientes, Condon (1993) considerou extraordinariamente difícil a investigação nesta área, utilizando metodologia científica convencional. A partir da literatura existente sobre a natureza da vinculação no adulto e da experiência clínica relativa ao luto, o autor propôs um modelo fenomenológico de vinculação no adulto (Figura 2) que ajudou a compreender os componentes da vinculação materno-fetal, enfatizando os indicadores de presença e de força dessa vinculação (Condon & Corkindale, 1997).

Figura 2. Modelo hierárquico da vinculação parental



Fonte: Condon (1993, p. 170).

O modelo proposto é hierárquico e postula que o núcleo da vinculação é a experiência do amor. Este encontra-se no topo da hierarquia constituindo o patamar superior. O segundo patamar compreende cinco experiências subjectivas ou disposições: o desejo de conhecer; estar em interação com...; evitar a separação e a perda; proteger; satisfazer necessidades, que derivam da experiência de amor e que medeiam entre esta experiência central e os comportamentos observáveis. As disposições ou necessidades expressam a experiência subjectiva do núcleo em comportamentos evidentes, compreendendo, estes últimos, o terceiro patamar (Condon, 1993). Vailand, citado pelo autor, referiu que os seres humanos requerem o uso de metáforas para expressarem as suas experiências amorosas. Em contrapartida, experiências relativas ao segundo patamar, podem ser bem articuladas no modelo proposto. Não há relação entre uma disposição particular e um comportamento particular. Uma disposição pode, ou não, encontrar expressão num comportamento.

A experiência do amor, núcleo subjectivo da vinculação pré-natal, pode ser descrita a partir de cinco disposições: A disposição “conhecer” equivale a uma curiosidade sobre a natureza do objecto amado e, no caso do feto, à necessidade de elaborar as características da sua imagem. Outros factores podem influenciar esta necessidade e traduzir-se em comportamentos de busca de informações.

A disposição “estar/interagir com” representa o desejo de interagir com o objecto e o prazer e satisfação que daí derivam. Pais grávidos, geralmente interagem com o seu feto por palpação ou falando. Uma variedade de factores pode influenciar a quantidade real de tempo que os pais dedicam a tais comportamentos.

A disposição “evitar a separação ou a perda” (seja em fantasia ou realidade) surge naturalmente devido ao sofrimento experimentado na separação ou na perda. A intensidade deste último será proporcional à força do laço de vinculação. Esta disposição pode ser, ou não, expressa em comportamentos destinados a prolongar ou maximizar o contacto com o objecto ou a proteger contra a perda.

A quarta disposição visa “proteger” o objecto de influências que possam prejudicar a sua existência ou causar-lhe danos. Pode, ou não, ser expressa em comportamentos de protecção. Por exemplo, o desejo de uma grávida fumadora se abster de fumar pode ser o resultado da força da vinculação e o desejo de proteger o feto. No entanto, a capacidade de implementar esse desejo comportamental pode depender de outros factores, como por exemplo da dependência fisiológica.

A última disposição reflecte o desejo de poder “identificar e satisfazer as necessidades de” - o objecto - o bebé antes de nascer. Há, muitas vezes, uma qualidade altruísta de tal gratificação, em que as necessidades do objecto transcendem, em importância, as necessidades do self.

Este quadro, construído inicialmente para compreender o constructo da vinculação do adulto, aplicou-se a outros objectos, como também ao feto. As experiências subjectivas do adulto são, claramente, enfatizadas (mas não se excluem os comportamentos). A ênfase naquelas experiências é particularmente necessária no quadro antenatal porque os comportamentos para com o feto são limitados. Não obstante, isto é também aplicável à vinculação pais-criança. Tradicionalmente, esta última foi quase sempre avaliada unicamente pela observação comportamental.

Condon (1993) não propõe que estas cinco disposições definam vinculação. Nem deve a experiência subjectiva ser equiparada à do amor parental. Na opinião do autor, o filósofo Kaplan, em 1946, discutiu longamente a natureza do constructo. Dentro do seu

quadro, estas cinco disposições seriam consideradas como “indicadores” ou “presença provável” de vinculação. Para um constructo ter significado deve haver um parentesco, articulação ou sobreposição entre os seus componentes. Dentro do quadro de Kaplan, tal intercorrelação constitui a essência fundamental do constructo, isto é, representa mais do que a simples soma das partes. Foi a partir do postulado destas cinco disposições que Condon (1993) fez entrevistas não estruturadas sobre a experiência de vinculação e, mais tarde, construiu os questionários para as mães e para os pais.

A vinculação materno-fetal, na perspectiva de Salisbury, Law, LaGasse e Lester (2003), parece basear-se em representações cognitivas do feto que incluem a imaginação de cenários entre a mãe e a criança, tais como, a atribuição de características físicas e psicológicas ao feto e ainda uma série de comportamentos que demonstram preocupação com o feto, como sejam a alimentação saudável, abster-se de substâncias nocivas, o repouso, os cuidados de saúde e a preparação do equipamento/ambiente para receber o bebé. Por exemplo, a mãe que conhece o género do bebé antes de nascer é capaz de desenvolver representações cognitivas sobre o seu bebé de forma mais intensa e mais profunda do que aquelas que não o conhecem.

Durante anos, a tónica foi colocada fundamentalmente na vinculação pré-natal materna. Há poucas décadas e, particularmente, com Condon (1993) começaram os estudos com os homens que vão ser pais, nomeadamente no que diz respeito à vinculação pré-natal paterna e, embora em menor quantidade, vão sendo bastante importantes nos resultados que apresentam.

Apesar das controvérsias associadas à teoria da vinculação no período pré-natal e às várias definições do conceito, muitos investigadores vêm concordando que a vinculação ao feto se representa durante a gravidez e definiram a vinculação pré-natal como o sentimento ou afeição que a mãe ou o pai têm pelo seu bebé antes de nascer e que ajuda a estabelecer a vinculação ao filho quando nasce (Isabella, 1993). Esta definição inclui a mãe e o pai como participantes igualmente activos, contrariando a tónica habitualmente colocada na figura materna.

Siddiqui et al. (1999) consideraram a vinculação pré-natal como um constructo multidimensional que inclui factores como a fantasia acerca do feto, interacção, afeição, diferenciação do feto como pessoa separada e a partilha do bebé com os outros significativos. Cada dimensão é expressa de uma forma diferente e algumas são dominantes em relação às outras no terceiro trimestre de gestação. Os autores acrescentaram que o

conceito de vinculação pré-natal deve incluir factores como as experiências da infância da mulher, vinculação ao companheiro, adaptação à gravidez e vinculação ao feto.

Numa combinação entre as abordagens comportamental, cognitiva e emocional, a vinculação pré-natal é um conceito abstracto que representa a relação de afiliação entre um dos pais e o feto e que está potencialmente presente antes da gravidez. É descrita como as capacidades cognitivas e emocionais que conceptualizam outra existência humana dentro de um sistema ecológico (Doan & Zimmermann, 3003). Damato (2000) referiu-se à vinculação como o laço afectivo resistente que uma pessoa forma com outro indivíduo específico.

Estes conceitos evidenciam a diferença entre a vinculação pré-natal e o investimento na gravidez (Moulder, 1994), já antes referida.

A vinculação ao feto representa o primeiro estágio de incorporação do bebé dentro da família (Wilson, White, Cobb, Curry, Green & Popovich, 2000). Na opinião de Siddiqui et al. (1999) esta experiência de vinculação inicial conduzirá ao desenvolvimento dos modelos internos dinâmicos de vinculação, responsáveis pela estrutura e interpretação da experiência com os outros indivíduos.

O processo de vinculação inicia-se durante a gravidez, com aquilo que uma mulher pensa e imagina sobre o bebé que vai nascer. Embora cada mulher se vincule de forma única ao seu bebé, esta realidade segue, segundo Stern e Stern (2005) um de três padrões gerais, e isso sucede inconscientemente para a maior parte, como aliás, acontece com a maior parte dos aspectos da maternidade.

O primeiro padrão é seguido por mulheres que tendem a manter a experiência da maternidade a uma certa distância a fim de poderem lidar com ela. Parecem estar menos absorvidas com a gravidez do que seria de esperar, apesar de, interiormente, isso poder não ser verdade. Tendem a pôr-se à margem da sua própria história inclusive dos detalhes acerca da forma como foram criadas. Poderão, ou não, envolver-se emocionalmente no processo de maternidade, mas, em qualquer situação não se vão permitir enfrentar totalmente a questão e, certamente, não falarão sobre ela. Estas mulheres exibem o padrão evitante.

O padrão de vinculação ambivalente é seguido por mulheres que se envolvem tanto na experiência de maternidade que não dão nenhum passo atrás para obter alguma perspectiva do processo. Ficam muito próximas das suas mães, durante e depois da gravidez, permanecendo enredadas neste vínculo, da mesma forma que ficarão na sua relação com o bebé que vai nascer. O terceiro tipo de mãe ocupa o lugar entre os dois

anteriores e mostra um padrão de vinculação segura. Quer dedicar-se totalmente à sua relação com o filho, e envolver-se com a mãe, mas de uma forma comedida. Consegue dar um passo atrás para reflectir sobre as suas experiências como mãe e filha. Estas são diferentes formas de adaptação à turbulência psicológica que a tarefa de ser mãe provoca. É o mundo interior da mãe que guia as interações com o seu filho, baseadas na sua história pessoal (Stern & Stern, 2005).

Por vezes, o pai não consegue criar um vínculo concreto e sólido com o bebé antes do nascimento. A formação do vínculo pai-filho costuma ser lenta, consolidando-se gradualmente no decorrer do desenvolvimento da criança (Maldonado, 1991).

Condon (1993) definiu quatro padrões de vinculação pré-natal a partir do cruzamento das duas dimensões da escala de avaliação que propôs. O primeiro traduz uma vinculação forte e segura; o segundo uma qualidade de vinculação positiva e baixa preocupação; o terceiro contém os pais não envolvidos ou envolvidos de modo ambivalente com baixa preocupação e, o quarto reporta-se aos pais ansiosos, ambivalentes ou com preocupação afectiva. Este assunto será retomado no decorrer deste trabalho.

É hoje consensual entre os autores que o estabelecimento da vinculação pré-natal é um processo que se desenvolve ao longo da gestação. A questão que se coloca, em seguida, é a de saber como é que se pode medir a vinculação pré-natal e que instrumentos temos ao nosso dispor.

2.2. Investigação e psicométrica

A investigação na vinculação dos pais ao feto tem pouco mais de três décadas. Os estudos realizados até final dos anos oitenta apresentaram alguns problemas metodológicos, nomeadamente, a falta de atenção às questões culturais, como as crenças associadas à gravidez que têm impacto na expressão particular da vinculação pré-natal.

A utilização de medidas de avaliação, e seus resultados, são essenciais para avaliar os efeitos das intervenções clínicas e o custo real dos cuidados de saúde. Cranley (1981) é considerada a investigadora pioneira neste domínio, por ter definido um modelo teórico para validação do instrumento que construiu, a Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS).

Desde então, diversos instrumentos de avaliação da vinculação pré-natal foram desenvolvidos e testados, com bons resultados psicométricos e utilizados em investigação. A sua construção baseou-se na ideia de que as relações com o feto se manifestam através de

comportamentos, atitudes, pensamentos e sentimentos que demonstram cuidados e compromisso, incluindo nutrir, dar conforto, conversar, preparar-se fisicamente, conversar com o companheiro acerca do bebé e do seu futuro, escolher o nome e procurar informação. A mulher (e o homem) toma consciência destes comportamentos, atitudes, pensamentos e sentimentos e são capazes de os citar numa escala de Likert (Bergh & Simons, 2009; Salisbury et al., 2003). Contudo, o total das pontuações de cada escala são mais consistentes, embora menos específicos, do que as pontuações parciais e as propriedades psicométricas tendem a piorar na segunda metade da gravidez pelo que os seus resultados devem ser considerados com cuidado (Lauriola, Panno, Riccardi, & Tagliatela, 2010).

Em seguida, apresentamos os instrumentos disponíveis para avaliação da vinculação pré-natal. Apesar de todos os eles representarem possibilidades de pesquisa na vinculação pré-natal, o que tem permitido um grande desenvolvimento da investigação nesta área, gostaríamos de enfatizar o PAI (Prenatal Attachment Inventory) e a MPAAS (Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale), uma vez que, de acordo com a definição conceptual atrás analisada vão ao encontro da teoria da vinculação.

2.2.1. Maternal-Fetal Attachment Scale

A Maternal-Fetal Attachment Scale – MFAS, foi desenvolvida por Cranley, em 1981, e pretende medir o grau em que o comportamento da mulher representa afiliação e interacção com o seu filho antes de nascer. Cranley utilizou as quatro tarefas de gravidez descritas por Rubin como base conceptual para a elaboração da sua escala (Mercer, 1993). Esta opção acabou por desencadear críticas à mesma por conter, nos seus itens, conteúdos relativos a atitudes face à gravidez e ao papel materno e não tanto à vinculação ao feto per si (in comentário de Mercer, 1993 ao artigo de Muller, 1993).

A escala original foi construída com trinta e sete itens, organizados em seis subescalas. A análise da mesma resultou na exclusão de treze itens e da dimensão “Nesting”. A versão final ficou com vinte e quatro questões, com cinco possibilidades de resposta. Inicialmente, a autora descreveu cinco dimensões para o constructo, decorrentes da teoria: diferenciação do self fetal; interacção com o feto; atribuição de características e de intenções ao feto; assumir o seu papel materno (maternal roletaking). Mais tarde, a análise factorial evidenciou a sua unidimensionalidade (Cranley, 1992; Muller & Ferketich,

1992, 1993). Há, no entanto, estudos posteriores publicados com a utilização da escala e das suas dimensões que se mostraram pertinentes na análise e interpretação dos resultados.

A pontuação total representa a amplitude de concordância entre o que a mãe descreve de si e dos comportamentos de ligação ao bebé (Mendes, 2002). A consistência interna da mesma, medida pelo alfa de Cronbach no estudo inicial com uma amostra de setenta e uma mulheres, foi de .85 para a escala global e de .52 a .73 para as suas dimensões (Cranley, 1981).

Ao compreender a importância do pai no processo de vinculação durante a gravidez, Weaver e Cranley (1983) fizeram um estudo similar com pais para estabelecer a Paternal-Fetal Attachment Scale (PFAS). Esta é uma adaptação da Maternal-Fetal Attachment Scale, com alteração dos itens da escala original relacionados com o género feminino, de modo a medir a perspectiva masculina. É composta por trinta e três itens e cinco subescalas. Os autores utilizaram uma amostra de cem homens durante a gravidez que frequentavam as aulas de preparação para o parto e observaram como os pais se vinculam ao feto. A PFAS apresentou um alfa de Cronbach de .80.

Seimyr et al. (2009) utilizaram a MFAS e a PFAS numa amostra de mães e pais Suecos e o alfa obtido foi de .82 e .85, respectivamente. A análise factorial com rotação varimax permitiu encontrar cinco factores que, embora não sejam semelhantes aos inicialmente descritos por Cranley (1981), foram semelhantes em homens e mulheres. Os alfas obtidos nas subescalas variaram entre .50 e .70 nas mulheres e entre .40 e .80 nos homens. Muitos outros estudos têm sido realizados com a utilização desta escala, nas suas versões materna e paterna.

2.2.2. Prenatal Maternal Attachment Scale

A Prenatal Maternal Attachment Scale – PMAS - de LoBiondo-Wood e Vito-O'Rourke (1990) é uma escala com vinte e nove itens pontuada do tipo Likert de quatro pontos, a serem preenchidos pela mulher em qualquer altura da gravidez, e dez itens a serem preenchidos pela mulher após ter sentido os movimentos fetais pela primeira vez. Quanto mais alta a pontuação, melhor será a vinculação experimentada pela mulher. Para a escala de vinte e nove itens, os autores encontraram, numa amostra de 650 mulheres, uma consistência interna de .87 e, para o total dos trinta e nove itens, o alfa de Cronbach foi de .83 em 478 mulheres que já tinham experimentado os movimentos fetais.

Fowles (1996) obteve .90 de consistência interna num estudo com a escala de trinta e nove itens, em 139 primíparas. Nesse estudo, longitudinal, o autor verificou que a vinculação pré-natal estava relacionada com o desempenho do papel maternal, nove a catorze semanas após o parto, mas não com os sintomas depressivos no pós-parto. Os estudos publicados com a utilização desta escala são escassas e não conhecemos a versão masculina da mesma.

2.2.3. Prenatal Attachment Inventory

Citando inconsistências na investigação e nas técnicas de medida da vinculação pré-natal existentes e acreditando que utilizar mais do que um instrumento ajudaria a clarificar a essência da vinculação pré-natal, Muller (1993), centrada no modelo que lhe serviu de base, e que já foi atrás apresentado, desenvolveu o Prenatal Attachment Inventory (PAI) que, na sua opinião, enfatiza a afiliação ao feto e não tanto os comportamentos em direcção ao mesmo.

O PAI é constituído por vinte e um itens, em que a resposta a cada item se faz numa escala de tipo Likert, de quatro pontos, variando entre 1 (nunca) e 4 (sempre). O instrumento mede a relação afectiva única que, na perspectiva da mãe, se desenvolve entre esta e o feto e não meramente a experiência da gravidez como um estado físico ou de apreciação de tarefas da maternidade (Muller, 1993).

A consistência interna e a validade de constructo foram avaliadas numa amostra de 336 grávidas de baixo risco, das quais apenas 310 responderam. As grávidas encontravam-se entre as catorze e as quarenta e uma semanas de gestação, tinham idades compreendidas entre os 18 e os 44 anos, 210 eram caucasianas e 100 não eram caucasianas. O alfa de Cronbach encontrado foi de .81 e a correlação do instrumento com a MFAS de Cranley (1981) foi de .72.

Muller (1993) encontrou uma solução de cinco factores na análise factorial da escala mas, uma vez que o primeiro factor explicava 50% da variância e continha onze itens onde se identificavam diversos temas, considerou este inventário unidimensional. A sua unidimensionalidade foi confirmada num estudo de validação de constructo efectuado por Gau e Lee (2003), onde encontraram uma explicação de 79% da variância pela escala total. Os autores modificaram dois pares de itens (5 e 8; 10 e 11) onde se verificavam baixas correlações inter-itens. Pelo contrário, dois estudos, um de Siddiqui et al. (1999) e outro de

Vedova, Dabrassi e Imbasciati (2008), encontraram cinco factores que explicam, respectivamente, 53.9% e 42.2% da variância, indicando ambos que o instrumento é multidimensional, medindo diferentes dimensões da vinculação pré-natal. Estas dimensões representam a imaginação da mãe acerca da aparência da criança; os sonhos; os planos e sentimentos, o sono do feto; a personificação do feto; atribuir-lhe um nome e sentir-se orgulhosa de exibir a sua barriga. Nomearam as dimensões do seguinte modo: afeição; diferenciação do feto; interacção; fantasia e prazer em estar com os outros. Os alfas de Cronbach situaram-se entre .57 e .76.

Os autores citados consideram que as diferenças nos resultados da aplicação do mesmo instrumento podem dever-se ao período de gravidez em que foram aplicados e aos sujeitos da amostra. Nestes estudos, a aplicação fez-se entre as trinta e as quarenta semanas, exclusivamente com mulheres Suecas. No estudo de Muller (1993), a aplicação fez-se das 14 às 40 semanas, em várias etnias. Siddiqui et al. (1999) e Vedova et al. (2008) acrescentam que o estado emocional da mulher altera-se durante a gravidez e que, no último trimestre, a mulher está fisiologicamente adaptada às mudanças e está emocionalmente estabilizada.

Correlações positivas foram encontradas entre a vinculação pré-natal e as relações com o companheiro e entre a vinculação pré-natal e a adaptação à gravidez (Muller, 1993).

Em 1994, Muller criou uma escala para mães, centrada na vinculação pós-natal criança-mãe (Maternal Attachment Inventory - MAI) com trinta e um itens e cotação semelhante à anterior. Fez um estudo de correlação entre a vinculação pré e pós-natal. Relatou, neste estudo, uma correlação significativa entre a vinculação pré e pós-natal, a qual considerou modesta (Muller, 1996, p. 164). A autora refere que a amostra pode ter tido limitações na sua recolha, mas também podem ter ocorrido alterações nas experiências de vinculação e no estado psicológico. Neste estudo, avaliou 228 grávidas com o PAI e encontrou uma consistência interna de .84 enquanto no MAI o alfa de Cronbach obtido foi .85 (Idem).

O PAI tem mostrado ser um bom instrumento para certificar as ligações afectivas entre as grávidas e os fetos (Gau & Lee, 2003; Siddiqui & Hagglof, 1999, 2000). Têm sido publicados inúmeros estudos com a sua utilização que conta também com uma versão masculina, para aplicar ao pai.

2.2.4. Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale

Condon (1993), a partir do seu modelo teórico de vinculação, construiu a Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale (MPAAS), instrumento que avalia a vinculação pré-natal de cada um dos progenitores ao seu feto.

A escala tem duas subescalas, uma materna, a *Maternal Antenatal Attachment Scale* (MAAS) com dezanove itens e outra paterna, a *Paternal Antenatal Attachment Scale* (PAAS) com dezasseis itens que focam, especificamente, os sentimentos, atitudes e comportamentos perante o feto, per si.

Cada subescala tem um resultado total e duas dimensões: (1) Qualidade da Vinculação que representa a qualidade das experiências afectivas (sentimentos de proximidade, ternura e prazer) e (2) Intensidade da Preocupação ou o Tempo Despendido no Modo de Vinculação, representando a preocupação com o feto, o tempo passado a pensar, sonhar, palpar ou falar sobre ele e sentimentos que acompanham essas experiências.

Cada item pontua numa escala tipo Likert, que varia entre 1 (mínimo), representando a ausência de sentimento e 5 (máximo) que representa um forte sentimento, sendo necessário, em alguns casos, proceder à sua inversão. Demora cerca de cinco minutos a preencher.

Na subescala materna, o autor considera que o item sete não entra nas dimensões por apresentar baixa correlação e, na subescala paterna, o mesmo acontece com os itens seis e treze. Apresenta bons níveis de consistência interna, de .82 e .83 para as subescalas materna e paterna, respectivamente. No estudo publicado, o autor não indicou os alfas obtidos em cada dimensão.

A partir do cruzamento das dimensões de cada subescala, segundo Condon (1993), podem obter-se quatro quadrantes em que cada um corresponde a um padrão, ou estilo, de vinculação pré-natal: o primeiro quadrante contém os pais que apresentam qualidade de vinculação positiva e estão preocupados com o feto, dispensando tempo no modo de vinculação; no segundo quadrante, situam-se os pais cuja qualidade da vinculação é positiva e o tempo despendido no modo de vinculação é baixo, ou têm baixa preocupação com o feto; no terceiro quadrante estão os pais que apresentam qualidade de vinculação negativa e pouco tempo despendido no modo de vinculação, ou têm baixa preocupação com o feto e, no quarto quadrante, temos os pais que manifestam qualidade da vinculação negativa com tempo despendido no modo de vinculação alto, ou preocupação com o feto.

A vinculação durante a gravidez reveste-se de grande complexidade. Investigações anteriores sugeriram que, aproximadamente, 10 a 15 % das mulheres desenvolvem uma vinculação mínima com os seus fetos durante a gravidez (Condon, 1995).

A escala tem sido utilizada numa variedade de estudos, nem sempre consistentes na sua relação com outras variáveis ou até na correlação com outras escalas de vinculação pré-natal. No entanto, o facto de ter uma versão materna e outra paterna e de ter por base um modelo teórico de vinculação pode tornar a sua utilização bastante consistente.

A adaptação da Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale (MPAAS) à população portuguesa (Camarneiro & Justo, 2010) mostrou diferenças em relação à escala original, quer na aceitação dos itens da escala global, quer na sua distribuição dos itens pelas dimensões. A comparação atingiu, no entanto, um elevado grau de satisfação. A análise factorial confirmou uma solução de dois factores, tal como proposto pelo autor, mas mostrou que os itens nas duas dimensões se agrupam de forma diferente da original. Um estudo de Gomez e Leal (2007) com uma amostra portuguesa não apoiou o modelo multidimensional apresentado pelo autor, sugerindo uma medida unidimensional, ao contrário dos estudos de validação acima referenciados.

2.2.5. Escala para la Evaluación de la Vinculación Afectiva e la Adaptación Prenatal

A Escala para la Evaluación de la Vinculación Afectiva e la Adaptación Prenatal (Lafuente, 2008) começou por ser o Cuestionario para la Evaluación de la Vinculación Afectiva Prenatal (Lafuente, 1994). Utiliza-se para avaliar a vinculação e a adaptação de ambos os pais ao feto. Tem trinta itens que se distribuem em seis subescalas: aproximação afectiva ao feto e ao bebé através do pensamento; aceitação da gravidez e adaptação à maternidade; aproximação através da diferenciação do feto; experiências infantis e cuidado pré-natal; aproximação afectiva através da interacção com o feto e aproximação afectiva através do bem-estar emocional.

A escala valoriza a diferenciação do feto como pessoa distinta e com características próprias, a interacção, o desejo e aceitação do feto, comportamentos direccionados para o cuidado ao feto, preparativos para o nascimento, atitudes e reacções face às mudanças corporais e emocionais, bem como a capacidade de imaginar o feto e a futura criança, etc. A sua aplicação está aconselhada no último trimestre.

A consistência interna da escala global é de .81 e, nas dimensões, este valor varia entre .55 e .75, à excepção da dimensão seis que apresenta um valor de alfa de Cronbach de .39. A autora refere que estes resultados se assemelham aos obtidos por Cranley, nas dimensões da MFAS, que oscilavam entre .52 e .73. Esta escala tem baixo valor preditivo dos comportamentos maternos quando o bebé tem um ano de idade, mas é superior às escalas de Cranley e de Muller (Lafuente, 2008). Há poucos estudos publicados com a sua utilização.

2.3. Determinantes da vinculação pré-natal materna e paterna

Investigações recentes têm indicado possíveis determinantes da vinculação pré-natal (e.g., Bergh & Simons, 2009; Cannella, 2004; Laxon-Kane & Slade, 2002; Salisbury et al., 2003). Uma variedade de domínios científicos tem investigado os factores que estão subjacentes aos sentimentos maternos e paternos de vinculação. Na actualidade, desenvolvem-se inúmeras investigações neste domínio, reforçando a perspectiva de que o feto tem competências para a interacção desde muito cedo e que o vínculo dos pais ao bebé começa durante a gravidez.

Muitos estudos têm demonstrado a relação entre a vinculação pré-natal, sobretudo materno-fetal e variáveis psicossociais e de saúde durante a gravidez (Lindgren, 2001), nomeadamente, sociodemográficas, intra e inter-pessoais, experiência da gravidez, uso de tecnologia médica como os ultra-sons e a amniocentese, etc. (Wilson et al., 2000). Condon e Corkindale (1997) crêem que a depressão e o baixo apoio social podem determinar o desenvolvimento da vinculação pré-natal. Consideram que o estado de humor negativo e o baixo apoio social durante a gravidez justificam maior atenção do que a que lhe tem sido dada na predição da vinculação futura à criança. Kunkel e Doan (2003) anunciam que a representação que os pais têm do filho após o nascimento pode ser influenciada pela qualidade e nível de vinculação desenvolvida durante a gravidez. Por exemplo, segundo Cowen e Cowen (1995) a conjugalidade é um factor essencial.

Dois objectivos psicológicos específicos da gravidez incluem uma gestante ser capaz de desenvolver uma percepção de si mesma como mãe, incluindo imaginar-se capaz de atender às necessidades do seu filho e também de desenvolver uma percepção do seu bebé ainda incorporado em si mas constituindo já um indivíduo único e separado de si

mesma (Bibring, 1959; Bowlby, 1988; Cohen & Slade, 2000; Fonagy & Target, 1996; Pines, 1972; Rubin, 1984; Winnicott, 1956).

Yarcheski, Mahon, Yarcheski, Hanks, e Cannella (2009) numa revisão da literatura que realizaram com 183 estudos de vinculação materno-fetal concluíram que o preditor mais forte é a idade gestacional seguida de dois preditores moderados, o apoio social e o rastreio pré-natal. Finalmente seguem-se dez preditores de efeito baixo (ansiedade, auto-estima, depressão, planeamento da gravidez, idade, paridade, etnia, estatuto conjugal, rendimento e educação).

Assim passamos, em seguida, a analisar as variáveis sociodemográficas, ginecológicas e obstétricas, qualidade das relações inter-pessoais, intra-pessoais e de boas práticas de saúde que a investigação tem mostrado que podem determinar o curso da vinculação pré-natal.

2.3.1. Variáveis sociodemográficas

Em muitos estudos, não foram encontradas relações entre as variáveis sociodemográficas (idade materna, rendimentos familiares, educação, número de filhos, estatuto ocupacional) e a vinculação pré-natal (e.g., Condon, 1990; Cranley, 1981; Kemp & Page, 1986; Siddiqui et al., 1999). Há, no entanto, estudos que apresentam exceções.

No que se refere à etnia, Mercer, Ferketich, May, DeJoseph, & Sollid (1988) mostraram que há uma correlação positiva entre a raça e a vinculação materno-fetal nas mulheres grávidas de baixo risco, mas não nas de alto risco. As mulheres afro-americanas, segundo Muller (1993), apresentam níveis mais elevados de vinculação pré-natal do que as mulheres caucasianas. Um estudo de Wilson et al. (2000) mostrou que as grávidas negras têm menores níveis de vinculação pré-natal do que as brancas, asiáticas e hispânicas.

A idade materna pode estar associada ao grau de vinculação pré-natal, mas os estudos realizados não têm sido consistentes. Em muitos estudos publicados, verifica-se que a vinculação pré-natal não está relacionada com a idade materna (Curry, 1987; Grace, 1989; Fuller et al., 1993; Kemp & Page, 1986; Lerum & LoBiondo-Wood, 1989; Righetti, Dell'Avanzo, Grigio, & Nicolini, 2005; Vedova et al., 2008; Zachariah, 1994), mesmo em grávidas de risco (Brandon et al., 2008; White et al., 2008). Noutros estudos, a idade materna está inversamente relacionada com a vinculação pré-natal (Bielawska-Batorowicz

& Siddiqui, 2008; Hart & McMahon, 2006; Lindgren, 2001; Muller, 1993; Siddiqui et al., 1999, Siddiqui, Eisemann, & Hagglof, 2000b).

Ao relacionar a idade com a paridade, Siddiqui et al. (1999) mostraram que as grávidas primíparas mais novas estão significativamente mais vinculadas ao feto, experienciando mais afeição, mais fantasia e mais prazer quando comparadas com as primíparas menos jovens. As mulheres mais novas são as que estão mais vinculadas ao feto (em comparação com as mais velhas) e que têm menos distanciamento e menor ambivalência, quer o modo de concepção tenha sido natural ou FIV (Hjelmstedt, Wildstrom, & Collins, 2006).

Quanto à educação, a maior parte dos estudos publicados indica que não há relação entre os anos de escolaridade e a vinculação pré-natal (Curry, 1987; Fuller et al., 1993; Grace, 1989; Kemp & Page, 1986; Lerum & LoBiondo-Wood, 1989; Righetti et al., 2005; Siddiqui et al., 1999; Vedova et al., 2008). Outros estudos apontam, no entanto, para um decréscimo da vinculação pré-natal quando os anos de escolaridade aumentam (Lindgren, 2001; Mercer et al., 1988; Muller, 1993, 1996b).

No que diz respeito à profissão, esta não influencia a vinculação pré-natal (Vedova et al., 2008), mas a forma de emprego é um factor associado à vinculação materno-fetal (Honjo et al., 2003).

Num estudo de Muller (1996b) o estatuto conjugal influencia fortemente a vinculação pré e pós natal mostrando que a mulheres solteiras estão mais vinculadas ao feto do que as casadas e as solteiras estão mais vinculadas ao recém-nascido do que as que vivem com o companheiro. Nos casais que co-habitam, as mães e os pais são mais vinculados ao feto do que no caso de serem casados (Lorenson, Wilson, & White, 2004). Estudos mais recentes mostraram, porém, não haver diferenças entre o estado civil e a vinculação pré-natal (Siddiqui et al., 1999; Vedova et al., 2008).

Em relação ao número de filhos, e à sua relação com a vinculação pré-natal, esta é inversa na maior parte dos estudos realizados. As primigrávidas têm maiores níveis de vinculação pré-natal do que as mulheres que já têm filhos (Mercer & Ferketich, 1995; Muller, 1993; Pascoe et al., 1995). Mercer et al. (1988) encontraram este resultado apenas nas grávidas de baixo risco e não nas de alto risco.

Condon e Corkindale (1997) corroboraram estes estudos e mostraram uma correlação negativa entre o número de filhos e a vinculação pré-natal global e a intensidade da vinculação, mas não na qualidade da vinculação. Estudos recentes apontam no sentido de haver relação entre o número de filhos anteriores e a vinculação paterno-fetal, mas não

com a vinculação materno-fetal (Camarneiro & Justo, 2010). Contudo, Vedova et al. (2008) não encontraram relação entre o número de filhos e a vinculação materna e paterna ao feto.

A vinculação materno-fetal parece não sofrer influências do estatuto socioeconómico (Curry, 1987; Lindgren, 2001; Zachariah, 1994), o mesmo ocorrendo com a vinculação paterna ao feto (White, Wilson, Elander & Persson, 1999). Em alguns estudos, verificou-se existir uma correlação inversa entre o estatuto socioeconómico e a vinculação materno-fetal (Muller, 1996b). Em outros estudos, isso apenas se verificou em em grávidas de alto risco (Mercer et al., 1988). Uma baixa vinculação paterno-fetal foi encontrada em pais com estatuto social mais elevado (Wilson et al., 2000).

2.3.2. Variáveis ginecológicas e obstétricas

No que diz respeito às variáveis ginecológicas e obstétricas, têm sido objecto de estudo as variáveis paridade, planeamento da gravidez, idade gestacional, história de fertilidade, percepção dos movimentos fetais, risco obstétrico e história de aborto anterior.

Quanto à paridade, as diferenças na vinculação pré-natal entre primíparas e múltíparas têm sido estudadas. Condon e Esuvaranathan (1990), a fim de observarem os níveis de stress psicológico, compararam vinte e seis casais grávidos pela primeira vez com vinte e seis casais grávidos que já têm pelo menos um filho, às trinta e quatro semanas de gestação. Nas mulheres, não foram encontradas diferenças significativas entre a paridade e o stress e entre a paridade e a vinculação pré-natal, embora a média dos níveis quer de stress quer de vinculação seja mais alta nas primíparas. Nos homens, os que vão ser pais pela primeira vez têm níveis mais altos na vinculação global ($t = 3.2, p = .003$) e menores níveis de stress em comparação com os que já têm filhos. Em síntese, os casais primíparos tendem a estar mais vinculados ao seu feto e menos stressados do que os casais múltíparos. Os autores atribuíram o aumento do stress nos casais múltíparos a variáveis do meio, tais como as exigências colocadas pelos outros filhos e as dificuldades financeiras e atribuíram a baixa vinculação pré-natal ao decréscimo da qualidade de “excepcionalidade” que acontece na relação pais-filho quando se aproxima o nascimento do primeiro filho e não aos altos níveis de stress.

Mães com mais experiência no cuidar sentem-se mais eficazes na sua parentalidade (Fish & Stifter, 1993) e mostram sinais mais positivos e maior sensibilidade para com os seus filhos (Moore, Cohn & Campbell, 1997). Por outro lado, um estudo realizado com o

PAI considerando-o multidimensional, mostrou que a paridade tem uma influência significativa na vinculação pré-natal. Assim, num estudo comparativo, as primíparas expressam mais fantasia e mais partilha de prazer do que as múltiparas (Siddiqui et al., 1999, 2000b).

Segundo Lorensen et al. (2004) a vinculação pré-natal é muito mais elevada na primeira do que na segunda gravidez, tanto nas mães como nos pais. A excitação, o orgulho e o efeito novidade podem aumentar a vinculação. Tsartsara e Johnson (2006) mostraram que as primíparas estão mais vinculadas ao feto do que as múltiparas na vinculação global e na intensidade da preocupação, mas não há diferenças entre primíparas e múltiparas na qualidade da vinculação ao feto.

Em estudos recentes realizados em grávidas italianas, no segundo e no terceiro trimestres de gravidez, não se encontraram diferenças estatísticas entre a paridade e a vinculação pré-natal (Vedova et al., 2008), o mesmo acontecendo em grávidas de risco obstétrico (White et al., 2008).

White et al. (1999) mostraram que as mães que esperavam o segundo filho tinham mais conflitos na família do que as que esperavam o primeiro e que, depois de o segundo filho nascer, as famílias se moviam no sentido da desorganização familiar, o que colocaria em risco a vinculação ao bebé uma vez que, segundo os autores, a dinâmica familiar positiva está associada a uma boa vinculação pré-natal.

O processo de familiarização com o feto (ou seja, conhecer o feto como uma pessoa separada e distinta) através de características que podem ser conhecidas durante a gravidez contribui para o processo de vinculação (Stainton, 1994). A vinculação ao feto inicia-se às dez semanas de gestação (Caccia, Johnson, Robinson & Barna, 1991) e aumenta rapidamente até ao início das dezasseis semanas de gestação (Grace, 1989). Rubin (1975) afirmou que a percepção inicial dos movimentos fetais e as mudanças hormonais que ocorrem no início do segundo trimestre de gravidez têm, como resultado, o rápido incremento da vinculação durante a gravidez e um nível global mais elevado de vinculação.

A vinculação pré-natal materna aumenta ao longo da gravidez (Armstrong, 2002; Caccia et al., 1991; Condon, 1985; Damato, 2000; Grace, 1989; Lindgren, 2001; Righetti et al., 2005; Vedova et al., 2008), principalmente com a percepção dos primeiros movimentos fetais (Bloom, 1995; Damato, 2000; Heidrich & Cranley, 1989; Reading, Cox, Sledmere & Campbell, 1984), constituindo um marco no seu incremento (Condon, 1985). Além disso, a vinculação pré-natal também aumenta quando o relato desses movimentos é positivo (Lerum & LoBiondo-Wood, 1989; Reading et al., 1984). A maioria das mães utiliza os

nove meses de gravidez para a maternidade (motherhood) e para o desenvolvimento da vinculação com o seu feto (Mercer, 1986).

Mães que referem sentir os movimentos fetais às dezasseis semanas relatam, posteriormente, níveis mais elevados de vinculação pré-natal quando comparadas com as mães que não sentiram tão cedo esses movimentos (Heidrich & Cranley, 1989). Também as mulheres que contaram os movimentos fetais tinham significativamente maior vinculação ao feto do que o grupo de controlo que não contou esses movimentos (Mikhail et al., 1991). No entanto, a contagem dos movimentos fetais no terceiro trimestre não estimula a vinculação materno-fetal (Saastad, Israel, Ahlborg, Gunnes, & Froen, 2011).

Righetti et al. (2005) mostraram que a vinculação materno-fetal aumenta ao longo da gravidez, num estudo efectuado entre as dezanove e as vinte e três semanas de gestação quer globalmente quer em qualidade da vinculação (sentimentos de ternura, afecto, prazer na interacção), o que poderá estar associado à representação cognitiva do feto. A intensidade da preocupação (por exemplo, sonhar e comunicar com o feto) não sofre influência do tempo de gravidez. Nos pais, não se observou a influência do tempo de gestação na vinculação pré-natal no mesmo período.

Brandon et al. (2008) encontraram uma correlação positiva e significativa entre a idade gestacional e os níveis de vinculação pré-natal materna em grávidas de risco hospitalizadas. Lawson e Turriff-Jonasson (2006) obtiveram os mesmos resultados mas apenas em grávidas de risco por idade avançada, no segundo (e não no terceiro) trimestre de gestação (o que, para os autores, apoia a posição de que o nível de vinculação aumenta e tem o seu máximo no segundo trimestre de gravidez). White et al. (2008) não encontraram diferenças de médias entre a idade gestacional e a vinculação pré-natal em grávidas de risco.

A vinculação pré-natal não é diferente nas grávidas que conceberam naturalmente ou através de FIV e, em ambos os grupos, quando a VPN materna era elevada às vinte e seis semanas, mantinha-se elevada às trinta e seis semanas. O contrário também se verificou, independentemente do tipo de concepção (Hjelmstedt et al., 2006).

A experiência do parto é um acontecimento significativo na vida dos pais grávidos. Este é um momento de transição na vida da família, sendo utilizado para fantasiar e imaginar o bebé (Salisbury, 2003) e incorporá-lo dentro da família (Wilson et al., 2000). Segundo Mercer (1985) a experiência do parto tem uma forte influência na vinculação materna mas, para Glasser (2008), essa influência apenas se verifica na primeira semana

após o nascimento. Seis semanas mais tarde a autora não encontrou efeitos do tipo de parto na vinculação materna.

Cerca de 23% das gravidezes que chegam ao fim não são planeadas (Bouchard et al., 2006). O planeamento da gravidez aumenta a vinculação pré-natal global, a qualidade e a intensidade dessa vinculação (Condon & Corkindale, 1997). As mulheres com gravidez planeada expressam mais afeição pelo feto (dimensão proposta numa investigação realizada com o PAI), mas não nas restantes dimensões consideradas na escala (Siddiqui et al., 1999). Ao contrário, Bielawska-Batorowicz e Siddiqui (2008) e Vedova et al. (2008) não observaram essa ligação. White et al. (2008) não encontraram associação entre planeamento da gravidez e qualidade da vinculação materna, mas encontraram uma correlação negativa e significativa entre o planeamento da gravidez e a intensidade da preocupação.

Bouchard (2005) mostrou que os factores relacionais que estiveram associados à gravidez não planeada foram a existência de baixos níveis de vinculação segura e de altos níveis de vinculação ansiosa-ambivalente ou evitante na mulher e no homem. Os factores pessoais de risco para a gravidez não planeada são, segundo a autora, a idade, a escolaridade, os rendimentos, duração da relação conjugal e estatuto conjugal, por um lado e, por outro lado, o alto nível de neuroticismo, depressão, stress percebido e baixo nível de ajustamento e de consciencialização. Perry, Ettinger, Mendelson e Le (2011) consideram que o planeamento da gravidez é apenas marginalmente preditor da vinculação da vinculação materna pós-natal uma vez que os seus mais baixos níveis estão nas mulheres que não planearam a gravidez.

A interrupção espontânea da gravidez (IEG) pode ser considerada um acontecimento multifacetado que se define pela perda natural da gravidez antes das vinte e quatro semanas de gestação, cuja incidência se estima entre 12 e 22% e ocorre, essencialmente, no primeiro trimestre de gravidez (Tsartsara & Johnson, 2006). Trata-se da expulsão espontânea do feto do útero, ou da morte do feto no útero sem que haja expulsão do mesmo. Apesar de o feto não ter estatuto de pessoa, ele foi investido emocionalmente pelos pais pelo que a IEG terá impacto nos mesmos.

Investigações recentes têm mostrado que a gravidez após IEG, ou outro tipo de perda, é acompanhada de stress psicológico e sentimentos de ansiedade associados a um grande sentido de incerteza acerca do mundo em geral e da gravidez em particular (Armstrong, 2004; Tsartsara & Johnson, 2006). A perda perinatal afecta mães e famílias de todos os grupos sociodemográficos, desde adolescentes até mães mais velhas, sejam as gravidezes planeadas ou não, decorrendo de tratamentos de infertilidade, ou não. A

expectativa da parentalidade e da criança faz aumentar o sentimento de perda ou falhanço (Robinson, Baker, & Nackerud, 1999).

No que se refere à vinculação pré-natal nas mulheres com história de perdas anteriores (por exemplo, IEGs), não foram encontradas diferenças significativas entre estas e as que não têm essa história (Armstrong, 2004; Tsartsara & Johnson, 2006; Vedova et al., 2008). No entanto, a experiência clínica de O'Leary (2003) tem mostrado que, nas gravidezes posteriores, os pais continuam a manifestar sentimentos pelo bebê anteriormente perdido em qualquer idade gestacional e verbalizam que é impossível compreender a vinculação a um feto até ao momento em que ele deixa de estar fisicamente presente nas suas vidas.

No que diz respeito ao risco, não há diferenças na vinculação pré-natal conforme o risco na gravidez. As mães hospitalizadas por risco materno não se diferenciaram na vinculação pré-natal das hospitalizadas por risco fetal, assim como não houve diferenças na vinculação pré-natal a propósito da gravidade dos factores de risco (Brandon, 2007; Brandon et al., 2008; Siddiqui et al., 1999). Contudo, o risco obstétrico relaciona-se negativamente com a sintomatologia depressiva e com a satisfação na relação diádica (Brandon et al., 2008).

White et al. (2008) mostraram que existe uma correlação muito significativa, e positiva, entre a avaliação materna da sua própria saúde e as dimensões da vinculação pré-natal, a qualidade da vinculação e a intensidade da preocupação ($p < .01$), por um lado e entre os indicadores de saúde do feto e as mesmas dimensões, por outro lado ($p < .05$). Não houve, no entanto, diferenças na vinculação pré-natal em grávidas de alto risco por problemas médicos durante a gravidez quando comparadas com as grávidas sem complicações médicas (Curry, 1987; Kemp & Page, 1987; Mercer et al., 1988).

As mulheres Suecas mostraram-se mais vinculadas ao feto (medida com o PAI) quando tinham complicações na gravidez e as mulheres Polacas mostraram menos vinculação ao feto, nessas circunstâncias (Bielawska-Batorowicz & Siddiqui, 2008). As autoras consideram que estas diferenças podem estar ligadas à percepção dos cuidados de saúde e serviços médicos, em que as mulheres Polacas podem não se sentir confortáveis no sistema de saúde e reagem às complicações da gravidez com um aumento da concentração no seu próprio bem-estar e retiram-se das emoções relacionadas com o feto, o que se associa a baixos níveis de vinculação pré-natal.

2.3.3. Qualidade das relações interpessoais

A qualidade das relações interpessoais, tal como o apoio percebido (apoio social e familiar), a satisfação (relação conjugal), a estabilidade (familiar) e o contexto cultural são variáveis que têm sido analisadas.

Começando pelo apoio percebido (social e familiar), vemos que os resultados dos estudos que investigam as relações entre as variáveis psicossociais e a vinculação pré-natal têm revelado inconsistências na literatura publicada (Cannella, 2005; Muller, 1993). O apoio social tem sido incluído num grande número de estudos sobre a vinculação pré-natal por se acreditar que influencia de forma importante a vinculação da mulher ao feto. No entanto, há estudos que não replicam os dados apresentados. Por exemplo, Cannella (2005), a partir de uma revisão integrativa da literatura, concluiu que as relações entre apoio social e vinculação pré-natal apresentam um misto de resultados, sem correlações apreciáveis.

Bowlby (1988) reconheceu a necessidade de a grávida ter apoio de outros, uma vez que o comportamento de vinculação se encontra, não só, nas crianças, mas também, nos adolescentes e adultos que experienciam ansiedade ou stress, sendo normal que a mulher que espera um bebé exija cuidados e apoio de pessoas significativas. A mulher pode ter um aumento das necessidades de apoio da sua própria mãe, por identificação com o papel materno, do companheiro, para partilha e validação da sua experiência e de mulheres mais experientes, para se re-assegurar do seu papel. Algumas mulheres grávidas podem, pelo contrário, sentir necessidade de experimentar a sua gravidez exclusivamente para si e não a mostrar nem aos outros nem ao companheiro (Raphael-Leff, 2009).

Apesar das discordâncias nos resultados dos estudos, alguns indicam que a relação entre o apoio social e a vinculação pré-natal é, geralmente, positiva. Cranley (1981) e Honjo et al. (2003) mostraram que um alto nível de apoio social está relacionado com elevados níveis de vinculação pré-natal. Em outros estudos, isso acontece nas mulheres grávidas de baixo risco, quando comparadas com grávidas de alto risco (Mercer et al., 1988), em adolescentes, quando comparadas com adultas (Koniak-Griffin, 1988, cit. in Cannella, 2005) e em grávidas hospitalizadas (Curry, 1987).

Condon e Corkindale (1997) afirmaram que há um número importante de dimensões de apoio social na vinculação pré-natal e, por exemplo, a satisfação com o apoio social externo tem maior influência do que o número de apoios. Num estudo de White et al. (2008), o número de apoios sociais e a satisfação com o apoio social não se correlacionam

com a vinculação pré-natal, nas suas dimensões qualidade da vinculação e intensidade da preocupação.

Cranley (1984) e Condon e Corkindale (1997) referiram que o apoio social dos membros da família e a rede social são preditores muito significativos da vinculação materno-fetal. No entanto, a desejabilidade social não impede que uma minoria de mulheres reconheça sentimentos negativos e indiferença para com o seu bebé antes de nascer (Condon & Corkindale, 1997). Os autores acreditam que isto se deve à menor atenção pública dada à vinculação pré-natal do que à vinculação pais-criança.

No que diz respeito à satisfação com a relação conjugal, muitos estudos se têm centrado nas relações conjugais quando olham para a vinculação pré-natal. Sentimentos positivos de vinculação materno-fetal durante a gravidez foram associados com a concordância do marido face à mesma (Choen, 1993; Cranley, 1981; Williams et al., 1987). A rejeição da gravidez e do papel materno ligado a dificuldades conjugais e ajustamento sexual haviam sido já encontradas em 1967 por Heinsteins (Nelson, 1997).

Porém, Muller (1993) não encontrou relações significativas entre as relações conjugais e a vinculação pré-natal medidas com a Marital Relations, subescala da Maternal Adjustment and Maternal Attitude Scale e com o Prenatal Attachment Inventory, resultado discordante da maior parte dos estudos publicados.

Wilson et al. (2000) anunciaram que mulheres que relatam intimidade nas relações conjugais e familiares parecem ter maior vinculação ao feto e Siddiqui et al. (1999) referiram que as mães com experiências positivas nas relações com os maridos/companheiros expressam mais vinculação ao seu bebé antes de nascer. Mercer et al. (1988) concluíram que a vinculação materno-fetal está positivamente relacionada com a relação com o companheiro nas grávidas de baixo risco, o mesmo não se verificando nas grávidas de alto risco. Bouchard (2011) afirmou que a qualidade conjugal está positivamente associada ao nível de vinculação pré-natal das mulheres quando estas têm níveis baixos de neuroticismo e baixa vinculação aos seus pais e, nos homens, quando estes estão fortemente vinculados aos seus pais. A autora considera que actualmente é mais útil analisar as variáveis em conjunto do que isoladamente para minimizar as discrepâncias encontradas entre estudos.

Vedova et al. (2008) e Muller (1993) concordaram que há níveis mais elevados na vinculação ao feto nas mulheres com menos tempo de relação conjugal. Por outro lado, Righetti et al. (2005) não encontraram associação entre o número de anos de relação conjugal e a vinculação pré-natal, materna e paterna.

Nas relações conjugais, a vinculação pré-natal está mais consistente e positivamente correlacionada com os melhores níveis de cuidados conjugais e correlaciona-se negativamente com altos níveis de controlo conjugal (Condon & Corkindale, 1997). A conjugalidade é, portanto, importante na vinculação ao bebé. Para White et al. (1999), a dinâmica familiar positiva está associada a melhor vinculação pré-natal em mães e pais. Muitos estudos têm mostrado que vinculações seguras entre pais e filhos e atitudes parentais de sensibilidade estão ligadas à qualidade das relações conjugais e, pelo contrário, conflitos no casamento estão ligados a problemas de comportamento nas crianças (Gerner, 2005). Brandon et al. (2008) mostraram existir uma relação positiva e significativa entre vinculação pré-natal e satisfação com a relação diádica em grávidas de alto risco. Um estudo surpreendente mostrou, no entanto, que a vinculação paterno-fetal é mais elevada em pais com maior mutualidade familiar e mais conflitos (Wilson et al., 2000).

A vinculação pré-natal está bem estudada em diferentes países, embora sejam raros os estudos comparativos entre diferentes culturas. De facto, os processos psicológicos ligados à gravidez são universais assim como os processos psicológicos em geral. No entanto, diferenças culturais podem afectar a vinculação pré-natal e o modo como esta se expressa (Bielawscka-Batorowicz & Siddiqui, 2008). As autoras investigaram a vinculação pré-natal com o PAI, em grávidas no terceiro trimestre de gestação em dois países, na Suécia (n = 171) e na Polónia (n = 238) e observaram as associações com a idade, paridade, planeamento da gravidez e complicações na gravidez. Encontraram algumas diferenças entre as duas amostras: a) as mulheres Suecas eram significativamente mais velhas; b) as mulheres Polacas tinham níveis educacionais mais elevados e c) as mulheres Suecas esperavam menos vezes o primeiro filho. Em relação ao planeamento da gravidez e complicações durante a mesma, não encontraram diferenças entre os dois grupos.

As mulheres Polacas apresentaram níveis de vinculação pré-natal mais elevados do que as Suecas, na escala total e em várias dimensões: interacção; mostrar; atribuir características e mostrar afecto. Não se verificaram diferenças entre ambos os grupos na dimensão fantasia.

O planeamento da gravidez não influenciou a vinculação pré-natal nas duas amostras. No entanto, quanto às complicações da gravidez, verificou-se que as mulheres Polacas têm menor vinculação pré-natal nestas circunstâncias do que as Suecas e, pelo contrário, estas estão menos vinculadas ao seu bebé quando a sua gravidez decorre sem complicações. Quando as duas amostras são analisadas em conjunto, a idade e a nacionalidade são os melhores preditores da vinculação, mas apenas explicam 5,2% da

variância. As autoras concluem que os resultados indicam semelhanças nas relações entre mãe e bebê em ambas as mães, polacas e suecas.

White et al. (1999) mostraram que a vinculação pré-natal é superior nos homens Suecos em relação às suas companheiras. 65% dos pais teve maior vinculação ao feto do que as mães, não se diferenciando dos outros pais nos factores sociodemográficos ou na dinâmica familiar. Este resultado foi surpreendente para os investigadores. No entanto, a vinculação dos pais e das mães apresentou uma correlação positiva e significativa. Samorinha et al. (2009) não encontraram diferenças na vinculação pré-natal entre homens e mulheres no primeiro trimestre de gravidez.

2.3.4. Variáveis intrapessoais

As variáveis intrapessoais agora analisadas são a vinculação e transferência de vínculos, a personalidade, as atitudes, a imagem corporal, a auto-estima e o autoconceito, a depressão, a ansiedade e o stress, as queixas psicossomáticas, a alexitimia, o stress profissional e o coping.

No que se refere à vinculação e transferência de vínculos, Laxton-Kane e Slade (2002) mostraram que devido à falta de interações pré-natais recíprocas, as experiências de vinculação das mães, o impacto dos papéis e das responsabilidades que competem com um cuidador e o apoio disponível durante a gravidez, têm maior influência na determinação da vinculação.

Siddiqui et al. (2000b) mostraram que as experiências de vinculação percebidas pela mulher na sua infância têm impacto na vinculação pré-natal futura. Uma forte vinculação emocional pré-natal era formada entre aquelas que experimentaram emoções mais calorosas por parte das suas mães e rejeição por parte dos seus pais. Os resultados ressaltam a importância da função paterna para as mulheres, particularmente no desenvolvimento da identificação materna e da competência para estabelecer a vinculação pré-natal. Quanto mais as mulheres sentiam rejeição por parte dos pais, mais vinculadas estavam ao feto, quer do ponto de vista global quer nas dimensões da mesma. Quanto mais calorosa a relação com a mãe, maior vinculação global ao feto na fantasia e no prazer. Quanto maior a rejeição emocional por parte da mãe e do pai, maior diferenciação do feto, percebendo-o como separado e uma pessoa real.

A noção de concordância intergeracional nos estilos de relacionamento faz parte da história da literatura psicanalítica e também de algumas investigações epidemiológicas. Fonagy, Steele e Steele (1991) consideram que, na sua teoria da vinculação, Bowlby explicou mais recentemente a transmissão social de padrões de relação ao longo das gerações, afirmando que as interações estabelecidas entre a criança e o seu cuidador eram precocemente internalizadas pela criança e, embora possam ser modificadas com as experiências, estas representações internas são consideradas resistentes à mudança.

Os autores citados fizeram um estudo para observar como é que as representações mentais de vinculação em mulheres grávidas poderiam influenciar a qualidade das relações subsequentes entre a mãe e a criança. Verificaram que as mães com vinculação autónoma vs. desligadas ou preocupadas (avaliadas com a entrevista de vinculação de adultos) tinham, em 75% dos casos, filhos com vinculação segura classificados aos doze meses através da situação estranha. Este resultado confirma o poder destes instrumentos na avaliação da transgeracionalidade dos padrões vinculativos.

Um estudo de Mikulincer e Florian (1999) apoiou o argumento de que as experiências de vinculação das mulheres têm impacto na sua vinculação pré-natal. Usaram a Entrevista de Vinculação de Adultos (Main et al., 1985) e a MFAS (Cranley, 1981) e mostraram que: a) as mulheres seguramente vinculadas estavam fortemente vinculadas ao seu feto no início da gravidez; b) as mulheres com um estilo de vinculação evitante apresentavam fraca vinculação com o feto no primeiro e no último trimestre e forte no segundo e c) as mulheres com estilo de vinculação ansiosa-ambivalente mostraram um incremento gradual da vinculação durante a gravidez.

Speckhard (1997) sugeriu que a vinculação tem início muito antes do nascimento, quando a mulher começa a formar uma imagem mental do seu bebé e sente o desejo de o nutrir e proteger. Schwerdtfeger e Goff (2007) estudaram o efeito da transmissão intergeracional do trauma na vinculação materno-fetal e não encontraram associação entre experiências traumáticas anteriores, comportamentos de vinculação parental na infância e a vinculação materno-fetal actual.

Brandon (2007) estudou a influência da personalidade e das representações de objecto da grávida de risco hospitalizada na vinculação pré-natal e a sua relevância tanto na intervenção como no atendimento e cuidados a estas mães. Uma vez que se tratava de uma amostra de indivíduos muito específica, a autora esperava que outras variáveis pudessem ter valor preditivo. Episódios depressivos precoces, níveis actuais de depressão, gravidade do risco materno-fetal e idade gestacional do feto foram tidos em conta. A avaliação foi feita

nos primeiros três dias de internamento. O autor não encontrou relações entre as representações maternas e a vinculação pré-natal nem entre as representações maternas e as representações fetais. Quanto à personalidade, verificou que a autocrítica materna baixa os níveis da medida da qualidade da vinculação pré-natal e leva a um maior número de sintomas depressivos. A sintomatologia depressiva estava associada à baixa qualidade da vinculação pré-natal e à vinculação pré-natal global. As narrativas maternas não se relacionaram com a vinculação pré-natal.

No que se refere às atitudes, foram encontradas correlações positivas entre a vinculação pré-natal e: a percepção do crescimento e desenvolvimento fetal das dezasseis às vinte semanas de gestação (Heidrich & Cranley, 1989); a preparação para a gravidez nas grávidas de risco e sem risco associado (Mercer et al., 1988); a presença de sintomas físicos na gravidez (Lerum & LoBiondo-Wood, 1989) e a gravidez de risco (Mercer et al., 1988; Lindgren, 2001). As diferenças entre a vinculação pré-natal e as atitudes na gravidez são positivas quando o companheiro expressa maior vinculação ao feto (Siddiqui et al., 1999).

A imagem corporal e a imagem corporal no terceiro trimestre de gravidez estão inversa e significativamente relacionadas com a vinculação pré-natal numa amostra de 195 grávidas de Taiwan, que se encontravam no terceiro trimestre de gestação (Huang, Wang, & Chen, 2004). Gaffney (1986) não encontrou associação entre a vinculação pré-natal materna e o autoconceito em grávidas no terceiro trimestre de gravidez.

Muitos estudos sobre vinculação pré-natal têm analisado as relações com o stress, a ansiedade e a depressão vividas pela mulher durante a gravidez. A tónica tem sido colocada na depressão, uma vez que esta é uma patologia presente em 10% das grávidas e que afecta a relação com o feto (Kunkel & Doan, 2003).

As relações entre a depressão e a vinculação ao feto precisam de ser clarificadas pois os resultados dos estudos publicados apresentam um misto de conclusões. Os critérios para a depressão específica da gravidez não foram ainda definidos na DSM-IV, o que já acontece com a depressão pós-parto, ali definida como um episódio depressivo que ocorre nas primeiras quatro semanas após o parto. A depressão na gravidez é um preditor significativo da depressão pós-parto, assim como outros factores incluindo a auto-estima, o stress, a ansiedade pré-natal, os acontecimentos stressantes de vida e o apoio social (Kunkel & Doan, 2003). A depressão na gravidez e no pós-parto podem ter efeitos nefastos no feto, na saúde e no desenvolvimento dos pais bem como na trajectória do desenvolvimento da criança e nas interacções com o filho após o nascimento, assunto que foi explanado no capítulo anterior.

Condon e Corkindale (1997) estabeleceram uma forte ligação entre a vinculação pré-natal e a depressão. Afirmaram que a depressão prejudica a experiência de prazer na proximidade com o feto, assim como outras experiências afectivas positivas que ajudariam a neutralizar o stress da gravidez. Kunkel e Doan (2003) mostraram que a vinculação pré-natal (avaliada com a MAAS) está globalmente associada à depressão ($p < .05$), assim como a dimensão qualidade da vinculação ($p < .01$). Mas, quando se considera a dimensão intensidade da preocupação, essa associação não se verifica. Avaliando a vinculação pré-natal com a MFAS, na mesma amostra, as autoras verificam que a correlação entre a vinculação materno-fetal e a depressão é negativa e significativa.

Utilizando a MFAS, numa perspectiva multidimensional, com cinco factores, em homens e mulheres, Seimyr et al. (2009) não encontraram associação da depressão na gravidez com três das dimensões obtidas (interesse pelo feto e comportamentos de saúde; preparação mental para os cuidados e nutrição do bebé e escolha do nome). Observando a dimensão IV (experiência dos movimentos fetais e do contacto físico com o feto), encontram-se valores de depressão mais elevados nas mulheres que apresentam valores mais altos naquela dimensão, indicando forte contacto com sensibilidade aos movimentos fetais. Por outro lado, as mulheres com humor depressivo elevado pontuam menos na dimensão III (experiências de avaliação da gravidez e imagem corporal), o que indica atitude negativa relacionada com a gravidez e o corpo da mulher. Neste estudo, não se encontraram relações entre a vinculação pré-natal paterna e a depressão materna.

Num grupo de mulheres com depressão na gravidez, Ammaniti et al. (2006) verificaram que 81.8% tinham vinculação segura (avaliada pela AAI), 4.5% apresentavam vinculação preocupada, 9% tinham vinculação evitante e 4.5% mostravam uma vinculação não resolvida ou não classificável. No mesmo estudo, as mulheres com risco psicossocial tinham vinculação segura em 65.4%, preocupada em 11.5%, evitante em 11.5% e, não resolvida ou não classificável, 1.5%. As mulheres do grupo de baixo risco eram seguras em 85.7%, preocupadas em 3.6%, evitantes em 10.8% dos casos e nenhuma mulher manifestava representação da vinculação não resolvida. Ainda, segundo os autores, a representação materna da vinculação segura era, no terceiro trimestre de gravidez e na amostra de baixo risco, mais alta do que nas outras amostras.

A depressão na gravidez relaciona-se com menos saúde pré-natal indiciada por baixo ganho ponderal, abuso de drogas e de tabaco (Zuckerman, Frank, & Hingson, 1898). A mulher deprimida pode experienciar o feto como fonte de irritação ou culpa ou sentir-se invadida pela presença fetal (Condon & Corkindale, 1997).

Os sintomas depressivos mostraram forte associação com a redução da vinculação, mais do que a dependência ou as tendências de autocrítica da personalidade (Brandon, 2007).

Scharfe (2007) confirmou a associação entre a representação da vinculação pré-natal na mulher e os episódios depressivos durante a gravidez e o pós-parto precoce (até aos seis meses). Os níveis de vinculação pré-natal estiveram associados à avaliação pré e pós natal da depressão e as correlações não diferiram ao longo do tempo apesar de os níveis de humor deprimido da gravidez decrescerem significativamente até aos seis meses do pós-parto.

Nos homens, não foi encontrada associação entre a vinculação paterno-fetal e a depressão (Kunkel & Doan, 2003).

Condon e Corkindale (1997) e Perry et al. (2011) demonstraram que a depressão pré-natal tem um impacto negativo na qualidade da vinculação pré-natal e na vinculação materna ao bebé. Além disso, segundo Condon e Corkindale (1997), as mulheres deprimidas durante a gravidez têm baixa antecipação positiva dos seus bebés, o que pode afectar negativamente a maneira como essas mulheres interagem com ele. Figueiredo, Costa, Pacheco, Conde e Teixeira (2007) afirmaram que a depressão na gravidez se manifesta essencialmente por emoções que não são claras e, por isso, se tornam responsáveis por uma vinculação mais pobre ao feto. Pelo contrário, Pearce e Ayers (2005) indicaram que a depressão pré-natal não afecta a interacção precoce mãe-filho; o que afecta esta interacção é a depressão pós-parto. A maioria dos autores não se revê nesta perspectiva na medida em que muitas vezes a depressão pós-parto tem a sua origem na depressão que decorre na gravidez.

Mercer et al. (1988) observaram uma correlação negativa entre a vinculação pré-natal e a depressão mas não nas grávidas de risco elevado. Segundo Brandon et al. (2008) grávidas de alto risco obstétrico, hospitalizadas por um período de tempo superior a setenta e duas horas e com diagnóstico de depressão major, tinham sintomas depressivos de menor gravidade quando apresentavam vinculação pré-natal forte. O mesmo estudo relacionou os níveis de depressão obtidos através da escala de depressão pós-parto de Edimburgo (utilizada no período pré-natal) com a vinculação pré-natal e observou-se uma associação negativa e significativa entre a qualidade da vinculação e os sintomas depressivos bem como uma tendência para o mesmo tipo de associação com a intensidade da preocupação.

Bifulco et al. (2004), num estudo longitudinal transcultural, mostraram que a depressão pré-natal e pós-natal estão associadas com o estilo de vinculação insegura das

mulheres avaliada com a ASI. As mães com vinculação ambivalente estão mais associadas à depressão na gravidez e aquelas que mostram estilo ansioso sofrem mais depressão pós-natal. Para além disso, a vinculação insegura está associada a baixa classe social e a contextos sociais mais desfavoráveis.

Hart e McMahon (2006) não encontraram associação entre a qualidade da vinculação e a intensidade da preocupação, por um lado, e a depressão na gravidez, por outro, numa amostra de grávidas de baixo risco com vinte a trinta e oito semanas de gestação. Também autores como Cranley (1981), Lindgren (2001), Honjo et al. (2003) e Muller (1992) não encontraram correlação entre a depressão e a vinculação materna na gravidez. Grace (1989) não encontrou essa relação no pós-parto.

As pessoas clinicamente deprimidas descrevem um sentimento de desvínculo em relação àquilo pelo qual tinham afeição. Se a depressão terminar, os sentimentos de vinculação usualmente regressam. Assim, o impacto da depressão na vinculação pré-natal não é imprevisível (Condon & Corkindale, 1997) tornando-se fundamental os clínicos darem uma grande atenção à depressão durante a gravidez.

No estudo da relação entre o stress e a vinculação pré-natal os resultados foram os que em seguida se descrevem. Cranley (1981) referiu existir uma correlação negativa entre o stress percebido pelas grávidas e a vinculação pré-natal, mas os autores que replicaram o estudo não encontraram tais resultados (Curry, 1987; Grace, 1989; Mercer et al., 1988). Mikulincer e Florian (1999) mostraram que a vinculação materno-fetal estava inversamente relacionada com o distress psicológico no primeiro mas não no segundo e no terceiro trimestres.

Condon (1986) considerou que dois ou mais factores que predisponham a mulher ao abuso fetal implicam altos níveis de stress; entre estes factores temos as experiências de perda ou abuso e altos níveis de ansiedade e depressão. O papel do stress e das emoções negativas é inconclusivo, porque entram, muitas vezes, em conflito.

Um elevado stress externo e elevada ansiedade e depressão aparecem frequentemente associadas a baixa vinculação pré-natal materna. Condon e Hilton (1988) mostraram que uma boa vinculação pré-natal estava associada a maior redução no consumo de álcool e tabaco. Os autores sugerem que o uso de substâncias adversas está associado a maior stress. White et al. (2008) não encontraram associação entre a vinculação pré-natal e o distress pré-natal.

Condon e Corkindale (1997), num estudo efectuado com 238 mulheres no terceiro trimestre de gravidez, mostraram que as mulheres com baixa vinculação se caracterizavam

por altos níveis de ansiedade e depressão e baixos níveis de apoio social, excluindo as relações com o companheiro.

Os altos níveis de stress encontrados nos casais múltiparos e comparados aos dos casais primíparos por Condon e Esuvaranathan (1990), juntamente com outros estudos que demonstram maiores níveis de stress na segunda gravidez e seguintes, põem em causa as políticas de educação e saúde destinadas prioritariamente aos casais primíparos, em detrimento dos múltiparos.

A ansiedade cognitiva e a ansiedade fisiológica estão inversamente associadas à vinculação materno-fetal no terceiro trimestre de gravidez. A ansiedade motora não influencia esta vinculação. A vinculação paterno-fetal não se relaciona com nenhuma forma de ansiedade (Rodrigues, Pérez-López, & Nuez, 2004). Mercer et al. (1988) encontraram uma associação positiva entre a ansiedade e a vinculação materno-fetal em grávidas de baixo e de alto risco. No entanto, se as grávidas são sujeitas a testes invasivos de diagnóstico aumenta a sua ansiedade assim como aumenta a sua vinculação ao feto. Os seus companheiros não mostram aumento da ansiedade (Allison, Stafford, & Anumba, 2011)

Figueiredo et al. (2007) referiram-se à ansiedade como um estado emocional que activa emoções negativas durante a gravidez mas que não tem um efeito nefasto sobre a vinculação mesmo quando está associada a emoções negativas no que diz respeito ao feto.

Olhando apenas para o progenitor masculino, Condon e Esuvaranathan (1990) apresentaram um estudo Israelita de Teichman e Lahav (1987) que comparava sessenta e oito homens que esperavam o primeiro filho, com vinte e dois que esperavam o segundo ou mais. Utilizaram um grupo de controlo de noventa e cinco homens não grávidos que já tinham pelo menos um filho. Utilizaram uma escala de ansiedade, uma escala de sintomas somáticos e uma escala de envolvimento paterno na gravidez. Concluíram que os futuros pais que o vão ser pela primeira vez têm menos ansiedade do que aqueles que vão ser pais pela segunda ou mais vezes, embora a diferença não seja estatisticamente significativa. Também os pais que vão ter o primeiro filho mostram muito menos ansiedade do que o grupo de controlo. Os autores consideram que a paternidade é o maior motivo de ansiedade provocada, mais do que a expectativa da paternidade ou, então, os futuros pais tendem a negar a ansiedade. Esta última explicação surge a partir da observação de níveis de ansiedade muito mais baixos neste grupo do que a norma para a população.

Em conflito com este está um outro estudo, Israelita, citado pelos mesmos autores (Condon & Esuvaranathan, 1990), que comparou cinquenta e um pais expectantes com cinquenta e um homens casados sem filhos. Concluíram que os primeiros tinham níveis

muito mais elevados de ansiedade. Os estudos tiveram como limitação não informarem em que idades gestacionais se encontravam as suas mulheres. A conciliação para estes dois estudos encontra-se na observação seguinte: a) a experiência de gravidez é mais stressante nos que vão ser pais pela segunda vez ou mais, porque estes pais gastam muito mais tempo com o seu primeiro filho; b) porque as grávidas estão menos disponíveis, menos pacientes e menos democráticas na atitude para com o filho que já existe e c) os pais carregam “um fardo” não experimentado pelos seus colegas que vão ser pais pela primeira vez. Outros autores, pelo contrário, consideram que tornar-se pai pela primeira vez é mais stressante, havendo um maior desafio à capacidade geral de adaptação do homem.

No terceiro trimestre de gravidez, ansiedade cognitiva e fisiológica estão inversamente associadas à vinculação pré-natal materna e a ansiedade motora não mostra associação com a vinculação pré-natal. Nos pais, não há associação entre ansiedade e vinculação pré-natal paterna (Rodrigues et al., 2004).

White et al. (2008) encontraram uma correlação negativa e muito significativa entre a ansiedade traço e estado, por um lado, e a qualidade da vinculação materna pré-natal, por outro, mas não entre aquela e a intensidade da preocupação. A depressão está associada negativa e significativamente com a qualidade da vinculação e com a intensidade da preocupação ($p < .01$). Este estudo mostrou ainda que a história anterior de ansiedade e depressão está significativa e positivamente associada à qualidade da vinculação pré-natal.

A ansiedade traço e estado está inversa e significativamente correlacionada com a qualidade da vinculação pré-natal, mas não com a intensidade da preocupação com o feto, resultado encontrado por Hart e McMahon (2006). Gaffney (1986) encontrou uma relação negativa e significativa entre a vinculação materno-fetal global e a ansiedade estado, mas não encontrou significância estatística na relação com a ansiedade traço. Estes resultados apontam no sentido de haver prudência na interpretação de resultados relativos à ansiedade em relação com a vinculação pré-natal.

As queixas psicossomáticas experimentadas pelas mulheres grávidas não têm influência na vinculação pré-natal. No entanto, analisando as dimensões do PAI há uma correlação negativa e significativa entre a afeição e os sintomas cardíacos ($r = -.23, p < .001$) enquanto que a diferenciação do feto se relaciona positivamente com os sintomas gástricos ($r = .16, p < .05$). Para além disso, este estudo mostrou serem estas as mulheres que melhor se auto-preparam para o parto (Siddiqui et al., 1999).

A vinculação pré-natal total correlaciona-se negativamente com o estado emocional, com o pensamento orientado para a externalidade e com a dificuldade em descrever os

estados emocionais, os aspectos ligados à imaginação materna e o investimento emocional no feto. Estes são os resultados obtidos num estudo realizado por Vedova et al. (2008) em que aplicou a escala de alexitimia de Toronto e o PAI a uma amostra de 214 grávidas de baixo risco. Destas, 70.1% não apresentavam alexitimia, 19.8% apresentavam-no moderadamente e 10.2% estavam alexitímicas.

A vinculação materno-fetal está positivamente relacionada com o coping no primeiro, mas não no segundo trimestre de gravidez, segundo Mikulincer e Florian (1999). Pelo contrário, Phipps e Zinn (1986) não encontraram associação entre o coping e a vinculação materno-fetal. Ainda, White et al. (2008) mostraram que o coping de “avaliação positiva” está correlacionado positiva e significativamente ($p < .01$) com a qualidade da vinculação e com a intensidade da preocupação. O coping de evitamento está negativa e significativamente associado à qualidade da vinculação ($p < .01$) e à intensidade da preocupação ($p < .05$). O coping de preparação está positiva e significativamente associado à intensidade da preocupação ($p < .01$). Na opinião dos autores, o coping parece ser o melhor preditor da vinculação pré-natal.

2.3.5. Boas práticas de saúde

O período de gravidez é aquele em que se mantêm ou iniciam boas práticas de saúde e se desenvolvem interações mãe-filho apropriadas (Brazelton, 1974; Jernberg, 1988; Winnicott, 1956). A vinculação que a mulher sente em relação ao feto tem implicações, não só, nas relações futuras entre ambos (Leifer, 1977; Muller, 1996), mas também, na adesão da mulher a práticas de saúde por ela relatadas (Condon, 1988; Lindgren, 2001).

As investigações realizadas, conforme Turrif-Jonasson (2004), descobriram relações entre a adesão aos cuidados de saúde pré-natais e o locus de controlo percebido em relação à saúde do feto (saúde mais positiva para scores mais elevados de locus de controlo, nas dimensões internalidade e outros poderosos).

Lindgren (2001) observou que a vinculação materna pré-natal se correlaciona positivamente com o relato de boas práticas de saúde na gravidez (e.g., sono adequado, não consumir drogas ou álcool, receber cuidados pré-natais, ter alimentação saudável), o que apoia a asserção de Rubin (1975) de que o “binding-in” é o relato do desejo de prover um bom alojamento para o feto.

Condon, em 1986, sugeriu que mulheres com fracos sentimentos pelo feto têm mais dificuldade em subordinar as suas necessidades em função das necessidades fetais. E, em 1988, Condon verificou que a redução do consumo de álcool durante a gravidez pelas mulheres que admitiram consumir antes deste período estava positivamente correlacionada com a vinculação ao feto. Estes resultados confirmam a relação entre a vinculação pré-natal e os comportamentos de saúde da grávida.

Os cursos de educação pré-natal mostram benefícios a vários níveis, incluindo na vinculação pré-natal. Mulheres grávidas que frequentam aulas de educação pré-natal estão mais vinculadas ao bebé durante a gravidez quando comparadas com as que não frequentam essas aulas (Bellieni et al., 2007). No entanto, quando estas mulheres foram reavaliadas três meses após o nascimento do bebé verificou-se, a partir dos seus relatos, que os seus filhos tinham maior frequência de choro sem explicação do que os filhos das mulheres que não tiveram cursos de educação pré-natal. Os autores concluíram que é importante compreender a utilidade destes cursos no desenvolvimento da relação entre a mãe e o bebé.

Nas últimas décadas, assistiu-se a uma utilização crescente da ultrassonografia no campo da medicina materno-fetal, estando protocolado que todas as mulheres grávidas realizam pelo menos três exames ecográficos de rotina durante a gravidez. Nos últimos dez anos, tem sido utilizada a ecografia a três e a quatro dimensões, devido à sua capacidade de avaliar estruturas anatómicas e detectar patologias através da qualidade das imagens obtidas. Os estudos publicados mostram que a dimensionalidade do exame não tem impacto na vinculação pré-natal, quer materna quer paterna. Investigações consistentes não encontraram relações entre o uso dos vários tipos de ultra-sons e a vinculação pré-natal (Heidrich & Cranley, 1989; Kemp & Page, 1987; Reading et al., 1984, Rústico et al., 2005).

Lapaire, Alder, Peukert, Holzgreve e Tercanli (2007), num estudo efectuado com grávidas de baixo risco de feto único, nos segundo e terceiros trimestres de gestação, com idade gestacional média de 27.4 semanas, mostraram que o reconhecimento materno do feto através da ecografia a três dimensões é significativamente maior nas nulíparas do que nas múltiparas. No entanto, a dimensionalidade da ecografia não influencia a vinculação materno-fetal ou paterno-fetal, nem a satisfação com o exame ou a opinião paterna em relação ao mesmo quando se compara o uso da ecografia a duas dimensões com o uso da ecografia a três dimensões. O melhor reconhecimento do feto na ecografia a três dimensões por parte dos pais e mães esteve fortemente associado à comunicação do médico acerca da

qualidade do exame ($p < .01$), enquanto que tal associação não se verificou na ecografia a duas dimensões.

Os autores concluíram que estes resultados podem ser devidos à existência de um alto nível de vinculação prévio, indicando que a maior parte do processo de vinculação foi estabelecido no início da gravidez ou à influência da percepção dos movimentos fetais.

Rustico et al. (2005) compararam dois grupos de grávidas recolhidas aleatoriamente, submetidas a ecografia a duas dimensões (grupo 1) e a duas dimensões e a quatro dimensões (grupo 2). Não encontraram diferenças significativas nos níveis de vinculação pré-natal entre os grupos, embora o reconhecimento das expressões faciais fosse melhor no grupo 2. Também Righetti et al. (2005), ao compararem dois grupos de casais, com idade gestacional entre as dezanove e as vinte e três semanas, que realizaram ecografias num primeiro tempo e duas semanas mais tarde, a duas dimensões (grupo 1) e a quatro dimensões (grupo 2), verificaram que as diferenças estiveram no momento da realização do exame e não na dimensionalidade do mesmo. As mães de ambos os grupos mostraram um aumento significativo na vinculação materno-fetal global e na qualidade da vinculação ao feto (mas não na intensidade da preocupação), do primeiro para o segundo momento, independentemente da dimensionalidade do exame efectuado. Os pais não apresentaram qualquer diferença estatística nos níveis de vinculação paterno-fetal em relação a qualquer das situações. Os autores corroboram os estudos que afirmam haver incremento da vinculação materno-fetal ao longo da gestação.

Segundo Boukydis et al. (2006), a vinculação pré-natal nas grávidas aumenta significativamente, a ansiedade diminui e as respostas ao exame médico são mais favoráveis quando aquelas têm uma consulta com ecografia, em vez de procedimentos standard ($p < .05$). Em relação à depressão, não houve diferenças entre os grupos. A consulta com ecografia é, provavelmente, uma estratégia de intervenção e de prevenção a ter em conta.

Samorinha et al. (2009) realizaram um estudo com vinte e dois casais Portugueses que se encontravam no primeiro trimestre de gestação, comparando a vinculação pré-natal e a ansiedade antes e depois da realização da primeira ecografia de rotina (entre as onze e as catorze semanas). Concluíram que, após o exame, a vinculação pré-natal aumenta significativamente, embora de forma diferente nos homens e nas mulheres no que se refere às dimensões da escala, e que a sintomatologia ansiosa para a ansiedade-estado diminui nas mulheres, concluindo acerca do efeito de promoção da vinculação ao feto nos casais e do efeito tranquilizador que a ecografia pode ter nas mães.

Heidrick e Cranley (1989) referiram que existe menor vinculação materno-fetal nas grávidas sujeitas a amniocentese quando comparadas com as que fazem apenas ecografias e, também, quando comparadas com um grupo de controlo, às 16 semanas de gestação. Fazer uma amniocentese esbate o processo de vinculação antes do acontecimento (Heidrich & Cranley, 1989; Moyer et al., 1990). Porém, isto nem sempre se verifica. Phipps e Zinn (1986) não encontraram diferenças entre um grupo de grávidas sujeitas a amniocentese e um grupo de controlo. Os autores referem, ainda, que o primeiro grupo aumentou ligeiramente os níveis de vinculação ao feto logo após o procedimento.

Grávidas com alto risco de anomalias fetais devido a idade avançada que optaram por fazer amniocentese não se diferenciaram, estatisticamente, na vinculação materno-fetal daquelas que, nas mesmas circunstâncias, decidiram não fazer exames pré-natais. No entanto, houve diferenças entre o grupo que decidiu fazer amniocentese e o grupo que optou pela realização de exames serológicos como meio de diagnóstico pré-natal mostrando, este grupo, níveis de vinculação mais baixos (Lawson & Turriff-Jonasson, 2006). Os autores concluíram que a decisão de fazer exame serológico pode perturbar a trajectória desenvolvimental do vínculo materno-fetal até que os resultados sejam conhecidos. Kleinveld et al. (2007) afirmaram que a vinculação pré-natal materna não é influenciada pelo facto de serem realizados marcadores analíticos ao sangue ou um exame ecográfico, no último trimestre de gravidez.

Rubin (1975) referiu que, no momento do nascimento, as mães tiveram a sensação de que já conheciam a criança e que a única limitação era a incapacidade de a perceber visual e auditivamente durante a gravidez. Como a visualização do feto, de forma a imaginar as suas características, é considerada uma componente integral da vinculação pré-natal (e.g., no PAI e na MFAS pergunta-se: “com quem imagina que o bebé se parece”), assim, pode-se, facilmente, especular que a capacidade de ver o feto na ecografia aumenta a possibilidade de incrementar a vinculação.

Segundo Cannella (2005), as variáveis de bem-estar na gravidez podem estar relacionadas com a vinculação pré-natal mas são necessários mais estudos que o demonstrem. A autora considera, ainda, que a maioria dos acontecimentos relacionados com a gravidez não têm poder suficiente para predizer diferenças na vinculação materno-fetal.

Gerner (2005) analisou a qualidade da relação conjugal, a vinculação paterna ao filho, a auto-estima paterna e o número de ecografias em que participou, como preditores de vinculação pré-natal paterna em tinta e nove pais expectantes. O preditor mais forte da

vinculação paterno-fetal foi a presença do futuro pai durante as ecografias. A auto-estima e a qualidade do relacionamento conjugal foram preditores moderados. As vinculações pré-natal e pós-natal não se correlacionaram significativamente. Os resultados sugerem que os pais se vinculam aos seus fetos e as ecografias facilitam essa vinculação.

3. Vinculação pré-natal e pós-natal: estudos longitudinais

O funcionamento socioemocional da criança é um produto dos contextos relacionais em que aquela foi criada. A comunicação interpessoal faz-se ao longo de contextos relacionais significativos. Esta ideia precede a conceptualização da teoria da vinculação porém, de acordo com a teoria da vinculação, os padrões de vinculação têm correspondência ao longo das gerações e parecem influenciar o sentido de si e o modo como os outros constituem apoio emocional e social (Dickstein et al., 2009).

As mudanças psicológicas ao longo da gravidez assinalaram a importância da vinculação pré-natal no desenvolvimento de sentimentos maternos de vinculação à criança após o nascimento têm sido objecto de estudo de muitos investigadores (Condon & Corkindale, 1997; Condon & Dune, 1987; Cox, Sledmore & Campbell, 1984; Siddiqui & Hagglof, 2000).

A maioria dos estudos aponta para que, globalmente, ao fim do primeiro ano de vida, haja 60% de crianças classificadas com vinculação segura e 40% com vinculação insegura, das quais 18% são evitantes e 22% resistentes (Isabella & Belsky, 1985).

As mulheres a quem foram feitas “intervenções na vinculação” designadas por promoção da vinculação pré-natal exibiram significativamente maior comportamento de vinculação pós-natal do que o grupo de controlo que só recebeu os cuidados pré-natais padrão (Cárter-Jessop, 1981). Contudo, Davis e Akridge (1987) não encontraram diferenças significativas na vinculação pré e pós-natal entre mulheres que receberam três sessões de intervenção na vinculação durante a gravidez e um grupo de controlo.

Leifer (1977) mostrou que, provavelmente, mulheres com maior vinculação emocional ao feto foram melhores a perceber o bebé como real e a fazer preparações antes do nascimento do que as menos vinculadas. A autora também mostrou que esta vinculação emocional era preditiva de comportamentos e atitudes maternas precoces. A mulher que desenvolveu precocemente fortes sentimentos de vinculação na gravidez também sentiu

proximidade intensa com o seu bebé no pós-parto, foi responsiva com as necessidades do bebé e teve prazer em cuidar da sua criança. As que desenvolveram o mínimo de vinculação com os seus fetos estiveram, provavelmente, com mais sentimentos não vinculativos, com sentimentos conflituosos em relação ao seu bebé no pós-parto e, possivelmente, com menor vontade de amamentar. Todavia, há muitos defeitos metodológicos neste estudo. A falta de análise estatística e o pequeno tamanho da amostra leva ao questionamento das suas conclusões.

Muller (1996b) encontrou uma correlação modesta entre os valores da vinculação pré e pós-natal, medido com o MAI (Muller, 1994), questionário atrás apresentado. Os níveis da vinculação pré-natal explicaram apenas 17% da vinculação pós-natal, os restantes 83% dos sentimentos das mulheres no período pós-natal foram atribuídos a outras variáveis. Estes resultados vêm ao encontro de outras investigações que sugerem que o nível de vinculação pré-natal pode não influenciar directamente a vinculação materna após o parto. Além disso, a autora, citando Bowlby, lembra que a vinculação pré e a vinculação pós-natal podem ser influenciadas por outras características maternas tais como as imagens mentais que a mãe tem da vinculação, a sua experiência de vinculação pessoal e o seu estado psicológico geral.

A autora questionou, face a tão modesta influência, se valeria a pena a promoção da vinculação pré-natal, o que a levou à necessidade de explicar, mais tarde, que mulheres com baixa vinculação pré-natal podem estar fortemente vinculadas ao bebé após o nascimento e que cada mulher tem a sua maneira individual de vivenciar a gravidez (Muller, 1996a).

Bloom (1995) mostrou uma modesta correlação entre a vinculação pré-natal (medida com a MFAS) e a vinculação mãe-criança (medida pela Avant's Maternal Attachment Assessment Strategy, 1982, cit. in Bloom, 1995).

Siddiqui e Haegglof (2000) compararam a vinculação pré-natal, avaliada através do PAI, durante o terceiro trimestre, com a observação dos comportamentos interactivos mãe-criança, aproximadamente doze semanas após o parto, codificados a partir da filmagem durante a interacção face-a-face. Este estudo mostrou que a vinculação pré-natal está positivamente correlacionada com o envolvimento materno durante a interacção pós-natal, constituindo um bom preditor. As mães com maiores níveis de vinculação pré-natal no factor fantasia mostram maior envolvimento ao interagir com os seus bebés. As que pontuam mais nos factores interacção e afeição oferecem aos filhos maior estimulação proximal (e.g., tocar, beijar), enquanto as que têm pontuações altas na diferenciação do feto utilizam mais a estimulação distal (e.g., vocalização e sorriso). A vinculação pré-natal foi,

também, negativamente correlacionada com o comportamento de não envolvimento materno (e.g., desviar o olhar e atenção passiva). Apenas a estimulação materna realizada em resposta ao comportamento da criança não se correlacionou com a vinculação pré-natal.

Os autores concluíram que a vinculação pré-natal é um importante meio de diagnóstico e ajuda na identificação das mulheres para quem a interação mãe-filho é susceptível de ser subestimada.

Muller (1996b) encontrou uma correlação significativa entre os valores do PAI e a ansiedade de separação materna pós-natal. Siddiqui, Eisemann e Hagglof (2000a), num estudo longitudinal com 149 mães Suecas, com início no terceiro trimestre de gravidez, mostraram que as mães reconhecem as emoções dos seus bebés nos períodos pré e pós-natal e caracterizam-nas como muitíssimo positivas em ambos os períodos. Foi utilizado o I FEEL-Pictures (IFP), um teste projectivo com trinta fotografias de crianças com várias expressões emocionais, de Emde et al. (1993) e o PAI (Muller, 1993), sendo este dividido em três níveis: alto, médio e baixo. As mães utilizaram as categorias interesse, tristeza, contentamento e surpresa mais frequentemente do que outras categorias. A categoria passividade é a menos frequentemente utilizada. As primíparas usam mais vezes do que as múltíparas a categoria alegria na avaliação pré-natal e usam menos vezes a categoria medo na avaliação pós-natal.

As mães classificadas com vinculação pré-natal baixa usaram significativamente menos vezes a categoria interesse em ambos os períodos e significativamente mais vezes a categoria contente do que as mães com vinculação pré-natal média ou elevada. No período pós-natal, as mães com baixa vinculação pré-natal utilizaram mais vezes a categoria raiva na avaliação pós-natal do que as mães de média ou elevada vinculação. Os autores concluem que as mulheres têm uma representação das emoções do bebé antes do nascimento.

Rubin (1984) afirmou que os laços criados pelo envolvimento, identificação e compromisso formados durante a gravidez asseguram a construção das relações pós-natais entre a mãe e a criança. A falha na interacção com o feto ou a negação da consciência dos seus movimentos podem ser indicativas de problemas com a vinculação pós-natal mãe-criança (Fuller, 1990; Leifer, 1977).

A vinculação materno-fetal prediz a vinculação da mãe à criança no período precoce mas não oito meses após o nascimento, o que sugere que a vinculação ao feto não indica, necessariamente, a vinculação materna ao longo do desenvolvimento da criança (Mercer & Ferketich, 1990).

As mães durante a gravidez têm, em geral, emoções positivas em relação ao bebé, mas, embora as mães sejam capazes de estar envolvidas emocionalmente com os filhos, esse envolvimento pode ver-se reduzido três meses após o nascimento do bebé em comparação com o tempo de gravidez, de acordo com um estudo de Figueiredo e Costa (2009).

Fuller (1990) mostrou haver uma correlação positiva entre a vinculação materno-fetal no fim da gravidez e as interações mãe-criança medidas no segundo e terceiro dias após o parto em mulheres de baixo risco, enquanto amamentavam os seus bebés. Figueiredo (2003) afirmou que a dor no parto influencia o bonding materno ao terceiro e ao quinto dias do puerpério, ao reduzir o estado emocional e a consequente disponibilidade afectiva para a mãe se ligar ao bebé. No entanto, refere a autora, é reduzido o número de mães que não têm sentimentos para com o bebé.

White et al. (1999) mostraram que a vinculação materno-fetal medida durante o terceiro trimestre foi positivamente relacionada com a reciprocidade nas relações familiares e no humor da criança oito a nove meses depois. As mulheres percebem a dinâmica familiar mais positiva, melhor comunicação, mutualidade e individuação do que o companheiros.

A dinâmica familiar mantém-se estável ao longo da transição para a parentalidade, excepto no aumento do papel conflituoso relatado pelas mães no terceiro trimestre e aos oito meses do bebé (Lorensen et al., 2004; White et al., 1999; Wilson et al., 2000).

A vinculação pré-natal determina o método de alimentação do recém-nascido. Mães com mais elevado nível de vinculação pré-natal têm intenção de amamentar naturalmente os seus recém-nascidos (Huang et al., 2004). Os autores mostraram que as mães com níveis mais elevados de vinculação pré-natal no terceiro trimestre, primíparas e com nível educacional mais elevado eram as que tinham mais intenção de amamentar os bebés ao peito após o nascimento. Os maiores preditores da amamentação natural foram a vinculação materno-fetal e o nível educacional.

Wilson et al. (2000) realizaram um estudo longitudinal que relacionou a dinâmica familiar, a vinculação pré-natal materna e paterna e o temperamento da criança em 156 mulheres e 62 companheiros, com início no terceiro trimestre de gravidez. Encontraram uma associação entre mutualidade familiar e elevada vinculação pré-natal materna e paterna. Por mutualidade, referem o sentido de relação conjugal emocional e intimidade, só possível entre as pessoas que estão seguras da sua própria identidade - factor central na coesão da família e importante para a inclusão de um novo membro.

Lorensen et al. (2004) não encontraram qualquer relação entre a vinculação pré-natal materna e paterna e a dinâmica familiar ou o temperamento da criança.

Os níveis de vinculação pré-natal materna avaliados na gravidez têm correlação positiva e significativa com a percepção positiva da realização do papel materno após o parto (Fowles, 1996; Grace, 1989).

Ferketich e Mercer (1995) estudaram, em 79 pais grávidos experientes e 93 não experientes, se a vinculação pré-natal era preditora da vinculação paterna à criança, ao longo dos primeiros oito meses. A vinculação pré-natal foi o melhor preditor da vinculação dos pais experientes durante os primeiros quatro meses após o parto e, para os pais inexperientes, apenas durante o primeiro mês. Em 1994, os autores relataram relações significativas entre a vinculação pré-natal paterna e a competência do papel paternal durante os primeiros oito meses após o parto.

Nas últimas décadas, têm sido estudadas e correlacionadas as relações que os adultos desenvolvem com os seus filhos (incluindo vinculação pais-criança) e as relações que os adultos desenvolvem com outros significativos (pares, cônjuges). Os trabalhos teóricos sugerem que os modelos internos operantes da mãe, em relação aos seus progenitores, estão fortemente associados ao padrão de vinculação que estabelece com o seu filho e com o que o seu filho desenvolve. A concordância entre padrões de vinculação das mães e dos filhos foi de 66% a 75% nas vinculações seguras vs. inseguras (Benoit & Parke, 1994; Dickstein et al., 2009; Fonagy et al., 1991; Main & Goldwin, 1984).

A vinculação materna está relacionada com problemas de comportamento da criança (Crowell & Feldan, 1991), perturbações do sono na descendência (Benoit, Zeanah, & Barton, 1989) e perturbações afectivas (Halft & Slade, 1989). Estes três últimos estudos foram citados por Dickstein et al. (2009).

Existem correlações muito fortes entre o tipo de respostas da mãe na AAI e a natureza da vinculação do bebé avaliado na Situação Estranha. Uma mãe que, com ou sem razão, tem uma ideia retrospectiva segura ou insegura dos seus próprios laços de vinculação precoces vai, em 80% dos casos, induzir na criança estilos de vinculação, respectivamente, seguros ou inseguros (Fonagy, 2004). Tudo se passa como se o nascimento e a presença interactiva do bebé reactivassem, por um efeito de posterioridade, as experiências passadas da história infantil precoce da mãe, sobretudo no campo da vinculação. Essas experiências passadas, mesmo que deformadas, vão infiltrar a natureza qualitativa do sistema relacional que, inconscientemente, a mãe vai propor ao filho. Esta elevada percentagem parece reduzir a uma parte ínfima a porção de liberdade dos sujeitos relativamente ao peso das suas

heranças (Golse, 2007). Um estudo de Huth-Bocks, Theran, Levendosky, & Bogat (2011) apontou no sentido de haver discordância nas classificações obtidas na mãe no período pré-natal e no bebê, aos treze meses, nestes avaliada pela Situação Estranha. Porém, um ponto de concordância foi encontrado quando as classificações se combinaram nos grupos equilibrado/seguro e não equilibrado/inseguro baseados nas representações pré-natais e nos grupos de vinculação pré-natal.

Britton, Britton e Gronwaldt (2006) apresentaram a relação entre amamentação, sensibilidade e vinculação, testando a hipótese de que a amamentação estaria relacionada com a vinculação mãe-bebê e com a sensibilidade maternal. Elaboraram um estudo prospectivo, ao longo do primeiro ano de vida, numa amostra de 152 díades mãe-bebê, recrutadas às trinta e duas semanas de gestação. Os critérios de inclusão foram, preferencialmente, mães na primeira gestação, que esperavam um parto vaginal sem complicações. A intenção materna para amamentar, bem como a prática do aleitamento materno foi averiguada através de questionários aplicados entre as trinta e duas semanas de gestação e o ano pós-parto. A sensibilidade materna foi avaliada aos três meses pós-parto através da “Sensitivity to Cues Subscale of the Nursing Child Assessment Satellite Training Feeding Scale”. A qualidade da interação mãe-filho foi averiguada aos seis meses pós-parto, utilizando a “Nursing Child Assessment Satellite Training (NCAST) Feeding scale” (aplicada independentemente do tipo de alimentação – amamentação ou alimentação ao biberão). A vinculação foi avaliada com a “Strange-Situation” aos doze meses de vida. As características maternas, sociais e demográficas foram obtidas através da consulta dos processos clínicos e questionários aplicados antes da alta e aos três, seis, nove e doze meses do pós-parto. Para avaliar o nível socioeconómico dos participantes foi utilizado a Hollingshead's Four-Factor Index of Social Status (Hollingshead, 1975). O apoio social do pai/cônjuge e da família da mãe foi avaliado usando o índice de APGAR familiar. Mais de metade das mulheres trabalharam fora de casa nos primeiros seis meses após o parto.

Neste estudo, os autores encontraram uma forte associação entre a amamentação e a sensibilidade materna. Foi avaliada a intenção de amamentar no período pré-natal, concluindo que esta se correlaciona com a amamentação precoce e com a sensibilidade, ou seja, a intenção pode ser um bom antecedente para o sucesso da lactação e também da sensibilidade parental. Foi apurada, também, uma forte correlação entre a expectativa da duração da amamentação e a sensibilidade materna. Quando as díades foram agrupadas ao longo dos três principais tipos de vinculação trabalhados no contexto da pesquisa, os autores não notaram diferenças significativas na proporção de mulheres que iniciaram a

amamentação ou na duração de amamentação parcial ou exclusiva. Ao serem divididas em seguras e inseguras, 85.7% das díades com vinculação segura iniciaram a amamentação, comparadas com 86.2% das díades com vinculação insegura. A média da duração da amamentação parcial nas díades com vinculação segura foi semelhante à das díades com vinculação insegura. Também a média da duração da amamentação exclusiva nas díades seguras foi comparada com a média das díades inseguras. A qualidade da interacção dentro da díade, avaliada pela NCAST feeding scale aos seis meses, não diferiu entre as mães que amamentaram exclusivamente e as mães que amamentam parcialmente ou que alimentaram o bebé com biberão.

Contudo, os valores obtidos pela “feeding scale” foram significativamente mais elevados nas díades caracterizadas mais tarde com vinculação segura, em comparação com as classificadas, mais tarde, com vinculação insegura. Os parâmetros relacionados com a amamentação não foram preditores de vinculação segura no âmbito dos modelos de investigação utilizados.

Nenhuma relação directa entre a vinculação segura e o início da amamentação ou a duração foi comprovada nas análises: não se encontrou uma contribuição da duração da amamentação para a vinculação segura, quer directamente, quer indirectamente, através da sensibilidade. Não foi demonstrado que a vinculação segura na infância esteja relacionada com a atracção emocional inicial da mãe pelo filho, bem como não foram demonstrados que os efeitos dessa atracção emocional inicial persistam posteriormente na infância. Além disso, os modelos utilizados foram sugestivos de que a qualidade da interacção entre a díade - mais do que a forma de alimentação - pode prever a segurança, uma descoberta totalmente coerente com as investigações de Bowlby.

As experiências precoces das mães com os seus pais (avaliadas com a AAI) influenciam as relações que estas desenvolvem com os seus filhos, estando estes padrões fortemente associados (van IJzendoorn, 1992). Contudo, os mecanismos responsáveis por esta ligação não estão claramente fundamentados, embora se suponha que se fundam na sensibilidade materna. Relativamente às representações de vinculação não resolvidas e à vinculação pais-criança desorganizada, foram encontradas magnitudes do efeito moderadas quando associadas ao padrão de vinculação materna (Madigan, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, Moram, Pederson, & Benoit, 2006).

Quando os adultos têm vinculações seguras, estas não estão correlacionadas com os relatos da satisfação conjugal, mas estão correlacionadas com relatos de comportamentos

mais positivos dos homens (por oposição a conflito) no casamento (Cohn, Silver, Cowan, Cowan & Pearson, 1992).

O processo familiar (conjugal e familiar, conjuntamente) é um aspecto importante na observação da ligação entre a vinculação dos adultos e os resultados na criança (Dickstein et al., 2009). Estes autores concluíram que os modelos internos dinâmicos de vinculação nos adultos (avaliados na gravidez) estão associados à adaptação da criança, incluindo a vinculação segura criança-mãe, e que o funcionamento do casal e da unidade familiar são mediadores significativos desta conexão. Mostraram, ainda, que os modelos internos dinâmicos de vinculação das mães (em relação à família de origem) e as relações conjugais estão, realmente, associados com a qualidade das relações de vinculação que desenvolvem com as suas crianças. Concluíram, também, que há falta de resultados significativos para mostrar a correspondência directa entre modelos internos dinâmicos maternos de vinculação criança-mãe. Não foram encontradas medidas de vinculação segura nos modelos internos de funcionamento dos adultos e a vinculação criança-mãe, talvez porque a maioria dos adultos e das crianças, na média das classes analisadas, são seguramente vinculadas.

Outra conclusão dos autores foi a de que os modelos internos de funcionamento materno (com respeito à família de origem e às relações conjugais) estão significativamente associados com a qualidade do funcionamento do casal e da família. Os modelos internos de funcionamento maternos não estão significativamente associados com a satisfação conjugal materna. A única significância encontrada para a satisfação conjugal foi a associação com o amor, uma escala da AAI. A escala do amor está consistentemente associada a todos os aspectos do casal e funcionamento familiar avaliados neste estudo (não com os resultados da criança). A escala de raiva está minimamente associada com a interacção do casal. O modelo que melhor prediz a qualidade da vinculação mãe-criança é o funcionamento conjugal da unidade familiar.

4. Críticas ao constructo

Começámos por referir a relevância da vinculação pré-natal no contexto da teoria da vinculação de Bowlby, explanamos o constructo, apresentamos instrumentos psicométricos, relacionamos as diferentes variáveis com a vinculação pré-natal e enunciamos estudos longitudinais realizados entre a vinculação pré e pós-natal.

Apesar desta visão da vinculação como um processo contínuo que começa antes do nascimento e, embora o conceito de vinculação pré-natal tenha a sua origem na teoria da vinculação, é necessário clarificar que “a vinculação pré e após o nascimento pode requerer quadros conceptuais algo diferentes” (Laxton-Kane & Slade, 2002, p. 254), uma vez que, no contexto da gravidez não há oportunidade para interações específicas no sistema de vinculação, tal como preconizado na teoria original de Bowlby.

As categorias das representações internas maternas pós-natais que dizem respeito às categorias do comportamento de reunião com a criança não podem ser utilizadas na investigação da vinculação pré-natal devido à falta de capacidade para observar “o outro”, isto é, o feto, colocando em causa a validade de medida da vinculação antenatal à luz daquela teoria. Além disso, alguns inventários de vinculação pré-natal nada mais são do que uma medida de atitudes que pode ser confundida com a desejabilidade social e com o ajustamento à gravidez. Em alternativa, a vinculação pré-natal deve centrar-se na análise da intensidade e da qualidade da ligação materno-fetal (Laxton-Kane & Slade, 2002), o que vai ao encontro do instrumento de pesquisa, bifactorial, proposto por Condon (1993).

Muitos estudos têm mostrado relações entre a vinculação pré e pós-natal e a vinculação das grávidas (aos progenitores durante a infância) mostrando que, embora o laço emocional que a mulher experimenta com o feto possa não ser considerado vinculação no sentido tradicional (segundo a tradição de Bowlby) é o termo que tem sido usado por aqueles que têm operacionalizado o constructo e que têm sido uma referência através do desenvolvimento de bases teóricas e de uma rede nomotética (Turriff-Jonasson, 2004).

Vários autores, tais como Siddiqui et al. (1999), sugeriram que, na ausência da contribuição da criança para esta matriz (aparência, temperamento, etc.), medir a vinculação pré-natal pode fornecer um caminho para uma investigação mais pura dos factores não exclusivamente maternos como a sua personalidade, estilo de vinculação e representações mentais e a sua experiência de cuidados precoces. Além disso, a reciprocidade pode ser pouco importante se a grávida atribuir reciprocidade ao feto em termos de movimento e de actividade.

A percepção dos movimentos fetais é consistente com a vinculação pré-natal positiva nas escalas de medida. Também as experiências do feto no útero têm repercussões na sua vida posterior (Piontelli, Ballint, etc.) e nas suas competências, tais como reconhecer a mãe após o nascimento, o som ambiente, etc.

Foi possível, através da investigação, estudar a influência da vinculação pré-natal na relação pós-natal e no posterior desenvolvimento e bem-estar da criança. Contudo, os

resultados contra-intuitivos que têm sido encontrados colocam a questão de saber se esses resultados se devem ao facto de as teorias se terem baseado muito em impressões clínicas ou às propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados (Bergh & Simons, 2009). É necessário interpretar os resultados das escalas com precaução, uma vez que se têm encontrado muitos factores que apresentam resultados contraditórios como aqueles que apresentam relações positivas, relações negativas e ausência de relações entre as mesmas variáveis (Bergh & Simons, 2009).

Os autores consideram que a razão para esta inconsistência não é clara, mas pensam que os seguintes factores têm aqui um papel muito importante: uso de instrumentos de avaliação da vinculação pré-natal com diferentes qualidades psicométricas; definições conceptuais diferentes para variáveis chave (e.g., o apoio social); uso de amostras pequenas e falta de validade externa (muitos estudos foram efectuados com mulheres caucasianas, de bom nível educacional e de classe média); método de análise univariado vs. multivariado, isto é, o número de variáveis parasitas controladas varia ao longo dos vários estudos; medição da vinculação pré-natal em todos os estudos em diferentes tempos ao longo da gravidez em estudos transversais ou longitudinais; a idade da mulher grávida varia ao longo das amostras e muitos estudos focam adolescentes.

Teremos em consideração todos estes aspectos na investigação que vamos em seguida apresentar.

SEGUNDA PARTE

CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO IV

PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO, OBJECTIVOS E HIPÓTESES

1. Problema de investigação

O interesse pela organização psicológica da mulher e do homem durante a gravidez, em articulação com a vinculação pré-natal e a sua influência na evolução da mesma e no resultado do parto, constituiu-se como o ponto de partida desta investigação.

O problema foi formulado de modo a encontrar factores psicológicos explicativos das influências, das inter-relações e das consequências de um conjunto de variáveis psicológicas perturbadoras e de risco, articuladas com a representação da vinculação pré-natal materna e paterna na evolução da gravidez e no resultado do parto, em casais grávidos no segundo trimestre que frequentam consultas de vigilância da gravidez na região centro do país.

A escolha das variáveis a estudar foi feita com base na revisão da literatura e sobretudo nas questões que se nos levantaram, decorrentes dos resultados dos estudos empíricos consultados, em relação aos paradigmas teóricos subjacentes a cada estudo.

Partimos dos paradigmas teóricos desenvolvidos por muitos autores, desde os anos 50, de que o tempo de gravidez é para a mulher e para o homem um processo complexo, ainda que normativo e inscrito no ciclo vital, muitas vezes stressante e ansiógeno, designado por período de crise e de desenvolvimento maturacional (Bibring, 1959; Camus, 2004; Canavaro, 2001; Colman & Colman, 1994; Deutsch, 1974; Erikson, 1971; Figueiredo, 2001; Justo, 1994; Lamb, 1992; Leal, 2005; Maldonado, 1991; Raphael-Leff, 2009). E, ainda em simultâneo neste período, o feto começa a ter vida para os seus pais e inicia-se um longo e contínuo processo relacional, determinado por variáveis internas e situacionais que influenciam o desenrolar da gravidez e o resultado do parto (Condon, 1993; Cranley, 1981; Golse, 2007; Justo, 1994; Justo et al., 1999; Muller, 1993; Raphael-Leff, 2009). Este processo tem sido denominado, de acordo com os teóricos da vinculação, representação da vinculação pré-natal dos pais ao feto (e.g., Ammanitti, 1991; Fonagy, 2004; Fonagy et al., 1991; Walsh, 2010).

A saúde mental das mulheres e dos homens, neste período, pode, contudo, determinar a resposta e o ajustamento à gravidez e ao feto, ao nascimento, à parentalidade e à conjugalidade (Redshaw & Akker, 2007). Estudos efectuados nas últimas décadas têm mostrado que as alterações emocionais que ocorrem durante a gravidez, sobretudo maternas mas também paternas, tais como a depressão e os sintomas depressivos (e.g., Figueiredo et al., 2007; Marcus, 2009; Misri & Joe, 2008; O'Hara, 2009), a sintomatologia ansiosa (e.g.,

Andersson et al., 2004; Conde & Figueiredo, 2003, 2007; Faisal-Curry & Menezes, 2007; Justo, 1994; Justo et al., 1999; Teixeira et al., 2009), o stress (e.g., DiPietro et al., 2004b; Field et al., 2007, 2008; Jolley & Spach, 2008; Moura-Ramos & Canavarro, 2007) e outra sintomatologia psicopatológica (e.g., Borjesson et al., 2005; Matthey et al., 2000; Pereira et al., 1999) têm implicações obstétricas, maternas e fetais, no parto e no recém-nascido, no pós-parto e no desenvolvimento da criança (e.g., Dikstein et al., 2009; Fonagy, 2004; Golse, 2007).

A existência de uma ligação psicológica entre os pais e o bebé durante o período da gravidez não é uma ideia nova (remonta aos anos 40 no caso materno e aos anos 70 no caso paterno). No entanto, a construção do conceito de “vinculação pré-natal” quer materna, quer paterna, tem recebido menor atenção por parte da investigação do que o conceito de vinculação pós-natal no domínio da teoria da vinculação e tem sido alvo de controvérsias (Condon, 1993; Walsh, 2010). Apesar disso, a investigação nesta área tem mais de três décadas e conta com inúmeras publicações internacionais e algumas nacionais, que já demonstraram a associação da vinculação pré-natal com variáveis de natureza psicossocial (e.g., Cannella, 2005; Condon & Corkindale, 1997; Cranley, 1981; Kunkel & Doan, 2003; Siddiqui et al., 1999; Wilson et al., 2000), sociodemográfica (e.g., Lindgreen, 2001; Mercer et al., 1988; Muller, 1993; 1996; Wilson et al., 2000) e obstétrica (e.g., Condon & Esuvaranathan, 1990; Siddiqui et al., 1999, 2000b; Vedova, et al., 2008; White et al., 2008; Wilson & White, 2004).

A relação da vinculação pré-natal com a evolução da gravidez, em termos de saúde obstétrica, e a influência da vinculação pré-natal no resultado do parto, nomeadamente tempo de gestação, complicações inerentes ao processo ou ao resultado e saúde do recém-nascido no momento do nascimento não foram por nós encontradas na literatura publicada.

Em Portugal não são conhecidos estudos prospectivos de natureza psicológica para este tema, pelo que se propõe o desenvolvimento de uma investigação que associe a vinculação pré-natal materna e paterna às variáveis psicológicas anteriores ao parto, em ambos os progenitores, a fim de compreender como se organizam psicologicamente as mulheres e os homens neste período e como podem estas variáveis vir a influenciar a evolução da gravidez e o resultado do mesmo. Além disso, tendo as variáveis sociodemográficas e clínicas um papel relevante no que se refere à gravidez e, por conseguinte, à vinculação pré-natal, estas serão tidas em conta na investigação e, sempre que possível, vamos estudar o papel desempenhado por estas variáveis.

Para concluir esta investigação, realizamos a avaliação pós-natal das variáveis psicológicas, a fim de estudar, compreender e reflectir acerca da estabilidade ou de possíveis alterações das mesmas, tal como são apontadas por alguns estudos, nomeadamente no que se refere à vinculação ao bebé, à satisfação com a conjugalidade e às alterações psicopatológicas do puerpério (e.g., Belsky & Rovine, 1990; Condon & Corkindale, 1997; Cowan & Cowan, 1995; Cox et al., 1984; Dikstein et al., 2009; Figueiredo, 2001, 2005; Houts et al., 2008; Isabella & Belsky, 1985; O'Hara, 2009; McKenzie-McHarg et al., 2007; Parke, 1996; Siddiqui et al., 2000b).

Para reduzir a preocupação geral do problema a um tópico concreto e passível de ser estudado (Hulley et al., 2008), colocaram-se duas questões de investigação:

Q₁: Como é que a vinculação pré-natal se articula com as variáveis psicológicas presentes na gravidez e com as variáveis sociodemográficas e clínicas que influenciam o resultado do parto e a ocorrência de patologia obstétrica nos II e III trimestres de gestação?

Q₂: Será que o resultado do parto e a ocorrência de patologia obstétrica nos II e III trimestres de gravidez alteram a estabilidade psicológica entre o período pré e o período pós-natal?

Serão realizados três estudos para responder às questões enunciadas. No primeiro, começamos por comparar os homens e as mulheres e, também, os casais, enquanto pares conjugais, durante a gravidez, do ponto de vista das variáveis psicológicas (vinculação pré-natal; satisfação conjugal; atitudes da mulher face à gravidez e coping - variáveis protectoras; estados emocionais negativos, stress profissional e sintomas psicopatológicos – variáveis de risco). Neste primeiro estudo vamos, ainda, conhecer as relações que se estabelecem entre a vinculação pré-natal de cada progenitor ao feto e as suas variáveis psicológicas, assim como as diferenças entre a vinculação pré-natal materna e paterna e as variáveis sociodemográficas (de caracterização da amostra) e clínicas (situação obstétrica actual, história ginecológica e obstétrica nas mulheres e história da paternidade, no caso dos homens), aspecto central da investigação.

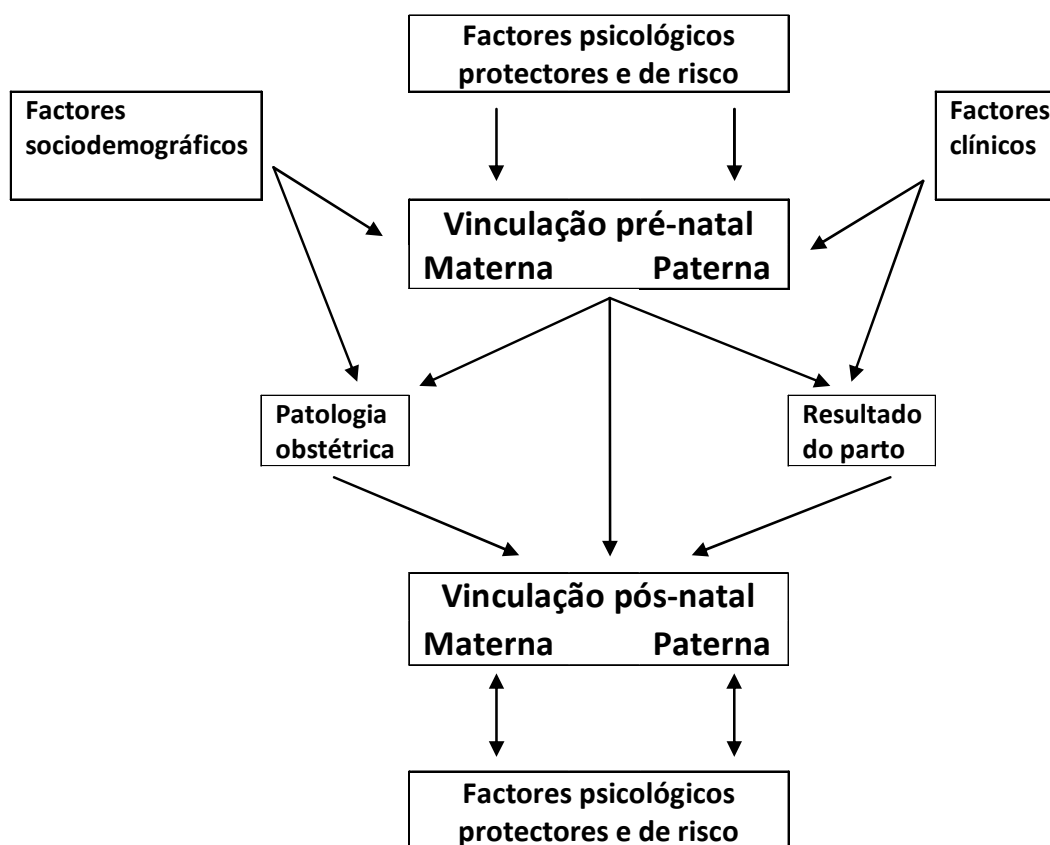
No segundo estudo, procura-se conhecer o contributo da vinculação pré-natal materna e paterna e das variáveis sociodemográficas e psicológicas da mulher para a explicação do resultado do parto e da ocorrência de patologia obstétrica nos II e III trimestres de gravidez.

No terceiro estudo, dá-se continuidade ao anterior, a fim de conhecer a estabilidade das variáveis psicológicas na mulher e no homem, oito a doze meses após o nascimento do bebé, com o retorno à vida activa por parte do casal e continuação da representação da

vinculação dos pais ao bebé. Ainda, neste estudo, vamos conhecer a influência da patologia obstétrica e do resultado do parto na vinculação pós-natal.

O conhecimento da vinculação pré-natal e de outros factores psicológicos que podem influenciar a evolução da gravidez e o resultado do parto assim como da estabilidade das variáveis psicológicas, para o qual este trabalho pode, modestamente, contribuir, permitirá avançar com propostas de intervenção a concretizar por parte dos psicólogos e demais profissionais de saúde, com vista a um desenvolvimento saudável do bebé e dos seus progenitores, enquanto pais e enquanto casal, num tempo de mudanças sociais, laborais e de integração de um novo conceito de parentalidade.

Figura 3. Modelo conceptual da investigação



2. Objectivos gerais e específicos

Os objectivos gerais a atingir, com este estudo, são os que em seguida se enunciam:

1. Estudar a articulação entre a vinculação pré-natal entre os pais e o feto e as variáveis psicológicas que influenciam o resultado do parto e a ocorrência de patologia obstétrica nos II e III trimestres de gravidez;
2. Comparar as variáveis psicológicas dentro do casal, durante a gravidez;
3. Identificar a influência das variáveis psicológicas das mulheres grávidas sobre o resultado do parto e na ocorrência de patologia obstétrica nos II e III trimestres de gravidez;
4. Averiguar o efeito do resultado do parto e da ocorrência de patologia obstétrica nos II e III trimestres de gravidez sobre a vinculação pós-natal materna e paterna;
5. Comparar as variáveis psicológicas quer das mulheres quer dos homens antes e depois do nascimento e comparar as variáveis psicológicas dentro do casal, no período pós-natal.

Passamos agora à apresentação dos objectivos específicos, que são os seguintes:

1. Efectuar a caracterização sociodemográfica, clínica e psicológica da mulher, do homem e do casal grávido;
2. Caracterizar a vinculação pré-natal (mãe-feto e pai-feto);
3. Identificar os padrões de satisfação com a vida conjugal do homem e da mulher que esperam um filho;
4. Averiguar a concordância entre os padrões vinculativos e de satisfação conjugal, encontrados;
5. Comparar, psicologicamente, as mulheres primíparas com as múltíparas e os homens que esperam o primeiro filho com os que já têm um ou mais filhos.
6. Identificar alterações psicológicas presentes na mulher, no homem e no casal grávido (níveis de stress global e de stress profissional; ansiedade; depressão; sintomatologia psicopatológica);
7. Conhecer o perfil psicológico do homem que espera um filho e compará-lo com o da mulher grávida;

8. Verificar a relação entre as alterações psicológicas, o desenrolar da gravidez e o resultado do parto;
9. Compreender de que forma o resultado do parto e a ocorrência de patologia obstétrica nos II e III trimestres de gravidez são explicados pelas variáveis psicológicas presentes na mulher e no homem;
10. Conhecer características de grupos diversos quanto ao desenrolar da gravidez e do parto;
11. Testar, após o parto, a estabilidade dessas variáveis psicológicas.

Consideramos pontos de interesse e inovadores dos objectivos propostos, os seguintes:

- a) Identificar o efeito das variáveis psicológicas presentes nas mulheres, antes do parto, no resultado do mesmo e na ocorrência de patologia obstétrica dos II e III trimestre de gestação;
- b) Estudar o homem, nas mesmas dimensões psicológicas da mulher, o que permite conhecer psicologicamente os pais no período pré-natal;
- c) Conhecer e relacionar a vinculação pré-natal dos pais ao feto com a satisfação com a vida conjugal em cada um dos membros do casal;
- d) Conhecer as características de grupos diversos quanto ao desenrolar da gravidez e do parto;
- e) Num segundo momento, pós-natal, conhecer a estabilidade das variáveis psicológicas das mães e dos pais e
- f) Saber em que medida o resultado do parto e a ocorrência de patologia obstétrica nos II e III trimestres de gravidez influenciam as variáveis psicológicas da mulher e do homem após o nascimento.

3. Hipóteses

Com base na revisão da literatura e para dar resposta aos problemas levantados e que tiveram o seu enquadramento nos objectivos enunciados, definiram-se as seguintes hipóteses de investigação que se organizaram de acordo com os três estudos propostos e que designamos como a seguir se apresentam.

3.1. Primeiro estudo – A vinculação pré-natal em articulação com as variáveis psicológicas, sociodemográficas e clínicas durante a gravidez

H₁ – Existem correlações positivas e significativas entre os valores das variáveis psicológicas avaliadas na mulher e no homem durante a gravidez;

H₂ – Existem diferenças significativas entre os valores das variáveis psicológicas medidas em mulheres e homens, do mesmo casal, durante a gravidez;

H₃ – Há diferenças estatisticamente significativas nas variáveis psicológicas (e.g., satisfação conjugal, vinculação pré-natal, stress profissional, estados de humor negativos, sintomas psicopatológicos), quando comparadas as mulheres primigestas e multigestas e o mesmo se espera quando se compararem os homens que esperam o primeiro filho e os que aguardam o nascimento de um filho que não é o primeiro;

H₄ – A vinculação pré-natal materna está correlacionada positivamente com variáveis psicológicas, tais como as atitudes sobre a gravidez, satisfação conjugal e coping e negativamente correlacionada com outras variáveis psicológicas tais como os estados de humor negativos, os sintomas psicopatológicos e o stress profissional. A vinculação pré-natal paterna está correlacionada no mesmo sentido com as mesmas variáveis psicológicas observadas nos homens;

H₅ – Tanto no grupo das mulheres como no grupo dos homens, existem diferenças na vinculação pré-natal, tendo em conta os grupos constituídos com base nas variáveis sociodemográficas (e.g., idade, escolaridade, profissão, nível socioeconómico) e clínicas (e.g., planeamento da gravidez, dificuldade em engravidar);

H₆ - As articulações da vinculação pré-natal com as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas em mulheres são diferentes das articulações observadas em homens.

Neste primeiro estudo, pretendemos conhecer as relações e influências das variáveis psicológicas das mulheres e dos homens enquanto grupos independentes e enquanto pares conjugais, durante o segundo trimestre de gravidez e a articulação entre a vinculação pré-natal materna e paterna e as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas das mulheres e dos homens. Procuramos também encontrar um modelo explicativo da vinculação pré-natal materna e paterna e suas dimensões.

Assim, com a hipótese H_1 , testamos o tipo de correlação que existe entre as variáveis psicológicas consideradas protectoras (vinculação pré-natal; satisfação conjugal e coping) e de risco (stress profissional, estados de humor negativos e sintomas psicopatológicos) das mulheres e dos homens, utilizando o teste de correlação de Pearson. Em seguida, comparamos os pares conjugais, relativamente às mesmas variáveis psicológicas estudadas na hipótese anterior, controlando as covariáveis idade e escolaridade (H_2). Para tal utilizamos o teste GLM (General Linear Model) para medidas repetidas. Depois, na hipótese H_3 , testamos as diferenças psicológicas que existem entre as mulheres conforme o número de gestações (primigestas e multigestas) e o mesmo se faz para os homens, conforme vão ter o primeiro filho ou já têm pelo menos um filho. Será aplicado o teste one-way MANCOVA.

Prosseguimos o primeiro estudo, colocando a ênfase na vinculação pré-natal materna e paterna e nas suas dimensões qualidade da vinculação e intensidade da preocupação e, com a hipótese H_4 , correlacionamos aquela e as outras variáveis psicológicas em estudo, presentes, respectivamente, nas mulheres e nos homens, através do teste de correlação de Pearson. Na hipótese seguinte, H_5 , estabelecemos as diferenças entre a vinculação pré-natal materna e paterna, na sua avaliação global e nas suas dimensões, tendo em conta as variáveis sociodemográficas e clínicas, nas mulheres e nos homens. Utilizamos o teste t de Student para amostras independentes, o teste One-Way ANOVA e a General Linear Model univariada. Em algumas circunstâncias adicionais recorreremos ao teste de correlação de Pearson.

Para terminar, realizamos o estudo da regressão linear múltipla a fim de encontrarmos os modelos explicativos da vinculação pré-natal materna e paterna e suas dimensões (H_6) que acreditamos venham a ser inovadores, muito interessantes e úteis à compreensão dos conceitos.

3.2. Segundo estudo - Influência das características psicológicas e sociodemográficas na patologia da gravidez e no resultado do parto

H₇ – Existe uma relação entre os factores sociodemográficos, por um lado, e o resultado do parto e a ocorrência de patologia obstétrica nos II e III trimestres de gravidez, por outro lado;

H₈ – Existem diferenças significativas entre os valores médios das variáveis psicológicas, nomeadamente a vinculação pré-natal, das mulheres grávidas nas quais venha a ocorrer patologia obstétrica e das mulheres grávidas sem patologia obstétrica;

H₉ – Existem diferenças significativas entre os níveis de vinculação pré-natal dos homens cujas mulheres têm patologia obstétrica dos II e III trimestres de gravidez e os níveis dos homens cujas mulheres não têm patologia obstétrica;

H₁₀ – Existem diferenças de médias entre a vinculação pré-natal materna das mães cujos recém-nascidos não apresentam problemas de saúde no momento do nascimento e a vinculação pré-natal materna das mães cujos recém-nascidos apresentam problemas de saúde no momento do nascimento.

As hipóteses colocadas no segundo estudo permitem testar as diferentes relações entre as características sociodemográficas e psicológicas presentes na gravidez e o desenrolar da mesma no que se refere à saúde obstétrica das mulheres e, também, ao resultado do parto, numa perspectiva longitudinal.

Começamos por efectuar as associações, através do teste Qui quadrado, entre, por um lado as variáveis sociodemográficas presentes durante a gravidez e a ocorrência, posterior, de patologia obstétrica nos II e III trimestres de gravidez e, por outro lado, a associação com o resultado do parto, incluindo as suas características e o estado de saúde do bebé ao nascer, ao longo do tempo, em dois momentos (H₇). Em seguida, testamos, com o teste de diferença de médias *t* de Student, a influência das variáveis psicológicas das mulheres, avaliadas durante a gravidez, na ocorrência de patologia obstétrica dos II e III trimestres da gestação (H₈). Na hipótese seguinte, examinamos as diferenças entre a vinculação pré-natal paterna conforme a ocorrência, ou não, de patologia obstétrica (nas mulheres dos homens em estudo) durante os II e III trimestres de gravidez (H₉), com o teste *t* de Student. Finalmente, neste estudo, testamos a hipótese H₁₀ a propósito das diferenças na vinculação materno-fetal das mulheres grávidas tendo em conta a saúde do recém-

nascido (com ou sem problemas) no momento do nascimento. Aplicamos, no estudo desta hipótese, o teste t de Student e o teste ANOVA.

3.3. Terceiro estudo - Comparação das variáveis psicológicas pré e pós-natais e estudo da influência das variáveis obstétricas na vinculação pós-natal

H₁₁ – Existem correlações positivas e significativas entre as características psicológicas das mulheres e dos homens avaliadas no período pós-natal;

H₁₂ – Existem diferenças de médias nas variáveis psicológicas das mulheres e dos homens do mesmo casal, durante o período pós-natal;

H₁₃ - Existem correlações positivas e significativas entre as características psicológicas avaliadas na gravidez e avaliadas após o parto tanto nas mulheres como nos homens;

H₁₄ – Existem diferenças significativas entre as médias das variáveis psicológicas observadas nos períodos pré e pós-natal, tanto em mulheres como em homens;

H₁₅ – Existe uma diferença significativa na vinculação pós-natal quer nas mães quer nos pais, segundo a ocorrência, ou não, de problemas de saúde do recém-nascido no momento do nascimento.

H₁₆ - Existem correlações positivas e significativas entre a satisfação com a vida conjugal no período pós-natal e a vinculação pós-natal ao bebé, tanto nas mães como nos pais.

No terceiro estudo, dando continuidade aos anteriores, testa-se a estabilidade das variáveis psicológicas e a continuação da representação da vinculação ao bebé na mulher e no homem, oito a doze meses depois do nascimento do bebé, após o retorno à vida activa por parte do casal assim como a influência das variáveis obstétricas na vinculação pós-natal.

Damos início a este estudo com a aplicação da correlação de Pearson entre as variáveis psicológicas dos homens e das mulheres, no período pós-natal (H₁₁). Depois, passamos à comparação, através do teste GLM (General Linear Model) para medidas repetidas, dos resultados obtidos nas variáveis psicológicas entre os pares conjugais no período pós-natal (H₁₂). Em seguida, correlacionamos, com o teste de correlação de Pearson, as variáveis psicológicas avaliadas na gravidez com as que avaliámos no período pós-natal, tanto em mulheres como em homens (H₁₃). Prosseguimos com a testagem das

diferenças obtidas nas mesmas variáveis, entre os dois períodos de tempo, em mulheres e também nos homens, com o teste t de Student para amostras emparelhadas (H_{14})

Terminamos com a testagem de duas hipóteses finais. Na hipótese H_{15} analisamos a influência da saúde do bebé no momento do nascimento sobre a vinculação pós-natal dos pais aos filhos, com o teste t de Student e com o teste one-way ANOVA de análise univariada. A hipótese H_{16} possibilita-nos conhecer a relação entre a satisfação conjugal no período pós-natal e a vinculação pós-natal ao bebé, tanto em homens como em mulheres, utilizando o teste de correlação de Pearson.

CAPÍTULO V

METODOLOGIA

1. Delineamento da investigação em três estudos

A investigação realizada é de natureza observacional (descreve os acontecimentos em estudo sem a intervenção do investigador), longitudinal ou de coorte (segue os sujeitos ao longo do tempo, numa amostra exposta a diferentes factores) e analítico-prospectiva (isto é, do presente para o futuro, procurando descrever a incidência de certos desfechos e estabelecer e analisar as associações entre os acontecimentos) (Hulley et al., 2008; Pais-Ribeiro, 1999, 2007; Rossi, 2000). Esta investigação é constituída por três estudos. O primeiro efectua a recolha inicial de dados, constituindo a linha de base, tal como está descrito nos estudos longitudinais prospectivos clássicos. Neste, procede-se à definição da amostra e medição das variáveis independentes, ou preditoras, antes do período de seguimento. Os segundo e terceiro estudos acompanham os sujeitos ao longo de um período de tempo, no qual se observará o desfecho, ou as variáveis dependentes.

Este tipo de estudos tem a vantagem de evitar enviesamentos na medição das variáveis independentes e no controle das aferições e tem o inconveniente de obrigar a um seguimento longo, com custos elevados e necessitar de prudência na interpretação dos acontecimentos dada a influência de variáveis circunstanciais ao longo do processo (Hulley et al., 2008; Pais-Ribeiro, 1999, 2007; Rossi, 2000). Acredita-se que os benefícios decorrentes dos resultados obtidos superam os inconvenientes encontrados.

Apresentam-se, em seguida, os três estudos e as variáveis a estudar, de modo a satisfazer os objectivos propostos e a testar as hipóteses de investigação formuladas.

O primeiro estudo (estudo de base, transversal) define a linha de base e dedica-se a responder ao primeiro e ao segundo objectivos gerais, aos objectivos específicos do primeiro ao sétimo e à testagem das hipóteses H_1 a H_6 . É um estudo psicométrico, descritivo-correlacional. Neste estudo, temos as variáveis independentes seguintes: género; variáveis sociodemográficas (e.g., idade, escolaridade, profissão, nível socioeconómico); variáveis clínicas (e.g., semanas de gestação, dificuldade em engravidar, planeamento da gravidez); variáveis psicológicas (e.g., vinculação pré-natal, satisfação conjugal, coping, estados emocionais negativos tais como depressão, ansiedade e stress, sintomas psicopatológicos).

Quanto às variáveis dependentes, são as seguintes: atitudes da mulher face à gravidez e maternidade; stress profissional no homem e na mulher; estados emocionais negativos no homem e na mulher; sintomatologia psicológica no homem e na mulher;

satisfação com a vida conjugal no homem e na mulher; vinculação pré-natal (materna e paterna ao feto) e coping no homem e na mulher.

Quanto ao segundo estudo (longitudinal, analítico-prospectivo), este dá resposta ao terceiro objectivo geral e aos oitavo, nono e décimo objectivos específicos e testa as hipóteses H_7 a H_{10} . Associa os acontecimentos da gravidez com a patologia obstétrica dos II e III trimestres e o resultado do parto.

Neste segundo trabalho, as variáveis independentes são: atitudes da mulher face à gravidez e maternidade; stress profissional no homem e na mulher; estados emocionais negativos no homem e na mulher; sintomatologia psicológica no homem e na mulher; satisfação com a vida conjugal no homem e na mulher; vinculação pré-natal (materna e paterna ao feto); coping no homem e na mulher; variáveis sociodemográficas (e.g., idade, escolaridade, profissão, nível socioeconómico) e variáveis clínicas (e.g., semanas de gestação, dificuldade em engravidar, planeamento da gravidez).

As variáveis dependentes são as seguintes: patologia obstétrica dos II e III trimestres de gestação, resultado do parto e características do recém-nascido no momento do nascimento (peso, índice de APGAR e estado de saúde).

Finalmente, o terceiro estudo (longitudinal, analítico-prospectivo) permite responder aos quarto e quinto objectivos gerais e ao décimo primeiro objectivo específico e testa as hipóteses H_{11} a H_{16} . Relaciona os dados pré-natais com os dados recolhidos oito a doze meses após o nascimento do bebé e relaciona, também, o resultado do parto e as características do recém-nascido com a vinculação pós-natal materna e paterna.

As variáveis independentes, neste estudo, são: o género; o momento pré ou pós-natal; o resultado do parto e os dados de saúde do recém-nascido.

Variáveis dependentes: stress profissional no homem e na mulher; estados emocionais negativos (ansiedade, depressão e stress) no homem e na mulher; sintomatologia psicopatológica no homem e na mulher; satisfação com a vida conjugal no homem e na mulher; vinculação pós-natal (materna e paterna ao bebé) e coping no homem e na mulher.

Face à diversidade de variáveis médicas, psicológicas e sociais, supostamente responsáveis pelo desenrolar da gravidez e pelo resultado do parto e, também, devido a algumas controvérsias entre investigações, a selecção das variáveis psicológicas realizou-se de acordo com os objectivos da investigação e com a revisão da literatura. Contudo, o nosso interesse centrou-se nas variáveis protectoras, vinculação ao feto, atitudes da mulher face à gravidez e maternidade, satisfação conjugal e coping e às variáveis de risco

psicológico, estados emocionais negativos (depressão, ansiedade e stress), stress profissional e sintomas psicopatológicos.

As variáveis foram classificadas conforme a designação clássica por dependentes, independentes e de caracterização da amostra. A sua operacionalização, ou tradução em conceitos mensuráveis, contribuirá, de forma decisiva, para o rigor e objectividade do estudo com a clarificação e definição conceptual das variáveis, dedução dos respectivos componentes (ou dimensões) e definição operacional de cada um, a concretizar, à frente, na apresentação e descrição dos instrumentos de recolha de dados.

Em seguida, apresentam-se os critérios de amostragem e de selecção dos sujeitos que participaram no estudo.

2. Critérios de amostragem e de recolha da amostra

A amostra é constituída por mulheres grávidas e os seus maridos/companheiros que frequentam consultas de vigilância pré-natal nos serviços de saúde da região centro do país durante o segundo trimestre de gravidez, designados “os meses calmos” (Colman & Colman, 1994). Definiram-se, previamente, critérios de inclusão e de exclusão dos sujeitos na amostra, a fim de evitar, ou para minimizar, distorções.

Como critérios de inclusão dos sujeitos na amostra, em primeiro lugar, procurámos casais com gravidez de feto único, no segundo trimestre, entre as 16 e as 24 semanas. A escolha do intervalo dentro do trimestre deve-se, quanto ao limite superior, ao período a partir do qual é possível ocorrer parto pré-termo e, para o limite inferior, ter sido já visualizado o feto na ecografia, estar estabelecida a vinculação pré-natal e não ser ainda viável a ocorrência de parto pré-termo.

Várias investigações têm mostrado que a vinculação emocional pré-natal se inicia precocemente, às 10 semanas de gravidez (Caccia, Johnson, Robinson & Barna, 1991) e aumenta rapidamente até ao início das 16 semanas de gestação, aproximadamente (Grace, 1989), o que não coloca dificuldades à sua determinação após as 16 semanas.

Em segundo lugar, interessavam-nos cônjuges/companheiros a coabitarem, no mínimo, desde a fecundação, para cumprir os objectivos relativos ao estudo do casal e da vinculação pré-natal (Condon, 1993).

No respeitante à idade, visámos grávidas com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos, embora seja conhecido que o risco materno para complicações genéticas aumenta a partir dos 35 anos. A OMS tem, no entanto, apontado no sentido de se considerar os 40 anos como limiar para a gravidez de baixo risco, uma vez que o risco para a maternidade, apesar de aumentar após os 35 anos, se torna muito superior após os 40 anos. Na literatura recente, usa-se frequentemente os 40 anos como limiar para a gravidez na mulher (Oleszczuch, Keith, & Oleszczuch, 2005). Luke e Brown (2007), a partir de estudos genéticos realizados nas mulheres, mencionaram que o risco de complicações maternas e/ou fetais se torna muito acrescido a partir dos 45 anos nos estudos de comparação com mulheres de 30 a 34 anos. De facto, naquela faixa etária, a percentagem de gravidezes é mais elevada e aumentou nas últimas décadas. Assim, estabelecemos os 40 anos como idade materna limite e incluímos nos critérios de selecção a presença de baixo risco obstétrico.

A idade paterna não é habitualmente considerada nos eventuais insucessos reprodutivos, mas os 40 anos são a idade limite mais adequada para a vida reprodutiva do homem (idade limite para os dadores de esperma), assim como os 35 anos o são para a mulher (Rochebrochard, McElreavey, & Thonneau, 2003). Contudo, nos homens, os estudos são inconclusivos, apontando para maior risco em idades mais jovens, nomeadamente abaixo dos 20 anos e indicando que acima dos 40 anos o risco não é um factor independente (Chen et al., 2008). Assim, não controlamos a idade dos pais, mas apenas a das mães.

Alguns estudos mostram, no entanto, que a partir dos 40 anos de idade dos pais aumenta o risco de ocorrência de aborto (Rochebrochard & Thonneau, 2002) e aumenta a ocorrência de nascimentos múltiplos, ainda que as suas mulheres tenham entre 25 e 29 anos. Em homens com mais de 50 anos, quando se excluem os nascimentos múltiplos, aumenta o risco de baixo peso ao nascer e de ocorrência de parto pré-termo (Tough, Faber, Svenson, & Johnston, 2003).

Outro aspecto de inclusão foi a gravidez sem complicações médicas relevantes, designada gravidez de baixo risco.

Condição sine qua non foi a participação de ambos os elementos do casal no estudo, respondendo individualmente ao questionário proposto e, obviamente, saber ler, escrever e compreender as questões colocadas no questionário. Ainda, consideramos como condições de inclusão não pertencer a grupos de risco social sinalizados e a aceitação, pelo casal, de que a evolução da gravidez e o resultado do parto seriam conhecidos através dos serviços

de saúde, ou por contacto telefónico, e da possibilidade de voltarem a ser contactados para repetir o questionário alguns meses após o parto.

Como critérios de exclusão da amostra, seleccionámos a ausência de competências literárias, a ausência de relação conjugal estável (não co-habitação desde a concepção), a falta de interesse pelo estudo e risco psicossocial.

O tamanho da amostra foi estimado a partir do número de partos que ocorreram na região centro e da percentagem de diferentes resultados de parto, utilizando as “regras do polegar” (rules of thumbs) (Hill & Hill, 2000), ou seja, garantindo o número suficiente de participantes para que o resultado das análises estatísticas seja seguro (Pais-Ribeiro, 1999; 2007). Apesar de, segundo vários autores (e.g., Liewellyn & Wolf, 1983, citados em Pais-Ribeiro, 2007), a dimensão da amostra ser uma questão de ponderação, quando o tamanho da amostra aumenta, o erro de medida tende a estabilizar, recomendando-se que para a realização de estatísticas multivariadas, as amostras estejam acima de 300 (Pais-Ribeiro, 2007).

Para realizar o primeiro estudo, obtivemos um N de 814 sujeitos, perfazendo 407 casais grávidos, no segundo trimestre de gestação, que voluntariamente preencheram um questionário de recolha de dados e que cumpriram os critérios de selecção acima indicados.

No segundo estudo, ao pretender conhecer a evolução da gravidez e o resultado do parto, obtiveram-se 395 casos do total dos casais iniciais. No terceiro estudo, oito a doze meses após o parto, altura em que as mulheres retomaram o trabalho e/ou a sua vida retomou o ritmo habitual, decorrente dos *timings* da investigação, foi possível solicitar a 187 casais a repetição do preenchimento do instrumento de pesquisa por cada um dos cônjuges (374 sujeitos), através de contacto telefónico e com envio pelo correio. Entre eles, 67 casais (134 sujeitos) responderam positivamente, reenviando os questionários preenchidos, o que nos permitiu inferir sobre a estabilidade das variáveis psicológicas durante a gravidez e após a mesma.

A amostra, para cumprimento dos três estudos, foi recolhida entre Janeiro de 2008 e Julho de 2010. Trata-se de uma amostragem não probabilística, sequencial (Pais-Ribeiro, 2007), composta por sujeitos que cumpriram os critérios de inclusão e de exclusão previamente estabelecidos e que estavam acessíveis ao investigador, em número suficiente para atender às exigências do estudo que se pretendia levar a efeito.

A selecção da amostra teve início com a consulta de registos oficiais da Direcção Geral de Saúde (2006), relativa ao número de consultas pré-natais por serviço de saúde e número de partos ocorridos na região Centro. Face aos registos consultados, foi feita a

escolha dos serviços a contactar, de modo a abranger os distritos da região e de acordo com a maior probabilidade de obtenção de casos. Foram enviados pedidos de autorização para a realização do estudo proposto a várias instituições da zona centro do país: ARSC (Administração Regional de Saúde do Centro), centros de saúde fora do âmbito da ARSC, maternidades e clínicas privadas. Os pedidos visavam o contacto com as utentes grávidas e os seus cônjuges ou companheiros, nas consultas de vigilância pré-natal dos serviços de saúde por eles frequentados, convidando-os à participação na investigação.

A então ARSC, na pessoa do seu Director, autorizou a investigação indicando que fosse contactado, previamente, o Director de cada centro de saúde solicitado, o que aconteceu. Fomos alertados para o baixo número de casos e para a dispersão semanal dos mesmos pelas consultas de saúde familiar.

A recolha de dados foi efectuada nos centros de saúde de Cantanhede, Coimbra (extensões de Celas, Eiras, Fernão de Magalhães, Norton de Matos, Santa Clara, S. Martinho do Bispo), Figueira da Foz, Lousã, Penacova, Tábua e Soure, todos pertencentes à ARSC, bem como nos centros de saúde de Ílhavo (e sua extensão de Gafanha da Nazaré), Vagos, Mira (extensão de Praia de Mira) que pertencem ao distrito de Aveiro, na Maternidade Bissaya Barreto, em Coimbra, e em consultórios privados em Leiria, Viseu, Castelo Branco e Guarda.

A Maternidade Bissaya Barreto, em Coimbra, foi o local onde se procedeu a uma maior recolha de dados devido, em parte, ao seu protocolo com diversos centros de saúde para realização da consulta de referência de obstetrícia (consulta que complementa a vigilância pré-natal realizada pelo médico de família e onde se fazem as ecografias e exames laboratoriais ao sangue específicos da gravidez), permitindo entrevistar casais de baixo risco obstétrico.

Nos distritos de Aveiro e de Leiria, apesar da receptividade dos responsáveis pelas maternidades dos seus hospitais, não foram recolhidos dados por não haver consulta de referência do segundo trimestre de gravidez e a consulta se destinar apenas a grávidas de alto risco. Nestes distritos, os dados foram recolhidos em consultas privadas e em centros de saúde. Nos distritos de Leiria, Castelo Branco, Viseu e Guarda, foi recolhido apenas um pequeno número de casos em centros de saúde e em clínicas privadas.

Nos serviços de saúde, pediu-se colaboração aos profissionais de saúde na sinalização das utentes e contactou-se, pessoalmente, cada casal, ou apenas a grávida quando o marido estava ausente. Solicitou-se a participação no estudo, após o consentimento informado, através do preenchimento do instrumento de recolha de dados

por cada elemento do casal, sendo que este só seria válido se o par estivesse completo. Quando, por falta de tempo ou por ausência do marido/companheiro, o seu preenchimento não era concluído, dava-se a possibilidade de o fazerem em casa e devolverem em envelope RSF, fornecido para o efeito, o que, de acordo com Pais-Ribeiro (2007), não altera a intenção de resposta.

A preocupação em diversificar as características sociodemográficas da amostra e em homogeneizá-la nas suas características obstétricas, tornou a recolha de dados uma tarefa muito morosa. Através de contacto directo da investigadora com os sujeitos foram obtidos 95% da amostra. Os restantes 5% foram recolhidos por enfermeiras dos centros de saúde que, amavelmente, colaboraram no estudo. Nestes casos, o abandono do preenchimento foi de 80% (dos 100 pares de protocolos entregues, recebemos 20): no centro de saúde de Ílhavo de 20 recebemos 1; no centro de saúde de Norton de Matos, de 8 recebemos 0; no centro de saúde de Tábua, de 20 recebemos 4; no centro de saúde de Vagos, de 10 recebemos 4; no centro de saúde de Praia de Mira, de 20 recebemos 3; no centro de saúde de Soure, de 10 recebemos 2; numa clínica privada, de 6 recebemos 1.

No total, dos 1100 pares de questionários entregues aos casais, recebemos 424, o que corresponde a um índice de resposta na ordem dos 38,5%. Destes, foram anulados 16 por não se encontrarem completos, ou não estarem preenchidos por um dos membros do casal, ou por qualquer um dos questionários do casal estar incompleto.

No segundo estudo, não conseguimos resultados para 4% de casos e, no terceiro estudo, a taxa de respostas foi de 35,9% dos casais a quem solicitámos a participação, o que está acima do descrito na literatura. Os restantes abandonaram a investigação.

A “mortalidade experimental” verificou-se em todas as fases do estudo e foi significativa nos casos em que o contacto com o casal não foi feito pela investigadora ou quando o questionário era levado para preencher em casa.

As características do questionário (ser extenso, reportar-se a variáveis de natureza muito pessoal e não anónimo) nem sempre deixaram os respondentes à vontade, contribuindo para a elevada taxa de desistência.

A caracterização da amostra é apresentada à frente, no capítulo da apresentação de resultados, uma vez que desta caracterização fazem parte, não só, a informação sociodemográfica dos casais, mas também a informação clínica das mulheres e dos homens e que se articulará, directamente, com as hipóteses que se analisam em seguida.

3. Instrumentos de recolha de dados

O instrumento de pesquisa foi organizado de acordo com as variáveis a estudar em cada momento e para responder aos objectivos traçados. É composto por questionários e escalas a aplicar aos casais durante a gravidez, após o parto e seis a doze meses após o nascimento do bebé. Utilizaram-se versões portuguesas ou adaptações. Foi pedida autorização aos autores e por eles cedida, para a utilização e para a adaptação de material e foram construídos materiais necessários para o efeito.

O instrumento aplicado no primeiro e no terceiro estudos tem duas versões, uma feminina e outra masculina, e numa das escalas foram feitas as devidas adaptações ao período pós-natal por se tratar de uma versão pré-natal. O instrumento foi testado em casais durante a gravidez e não revelou dificuldades no preenchimento. No segundo estudo, o instrumento utilizado foi um questionário de recolha de dados da evolução da gravidez e do resultado do parto, preenchido nos serviços de saúde que os casais frequentaram, ou por contacto telefónico com a mulher nos casos em que não foi viável a recolha de informação a partir do serviço de saúde (cerca de 5% de casos).

3.1. Selecção e organização

Apresentamos, em seguida, os instrumentos de pesquisa seleccionados e utilizados na investigação.

Primeiro estudo, versão feminina (para grávidas):

QSDC – Questionário Sociodemográfico e Clínico (obstétrico e ginecológico), construído para o presente estudo;

EAGM – Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (Xavier & Paul, 1996);

PSS-14 – Perceived Stress Scale (Cohen et al., 1983; adaptação ao contexto profissional de Peixoto, 2005);

DASS 42 – Depression, Anxiety and Stress Scale (Lovibond & Lovibond, 1995; adaptação para português de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004);

BSI – Brief Symptoms Inventory (Derogatis, 1993; versão portuguesa de Canavarro, 1995);

EASAVIC – Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (Narciso & Costa, 1996);

MAAS – Maternal Antenatal Attachment Scale (Condon, 1993, adaptação para português de Camarneiro & Justo, 2007, 2010 e traduzida por Escala de Vinculação Pré-natal Materna – EVPNM);

IRP – Inventário de Resolução de Problemas (Vaz-Serra, 1988).

Primeiro estudo, versão masculina:

QSDC – Questionário Sociodemográfico e Clínico (gravidez actual e história da paternidade), construído para o presente estudo;

PSS-14 – Perceived Stress Scale (Cohen et al., 1983; adaptação ao contexto profissional de Peixoto, 2005);

DASS 42 – Depression, Anxiety and Stress Scale (Lovibond & Lovibond, 1995; adaptação para português de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004);

BSI – Brief Symptoms Inventory (Derogatis, 1993; versão portuguesa de Canavarro, 1995);

EASAVIC – Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (Narciso & Costa, 1996);

PAAS – Paternal Antenatal Attachment Scale (Condon, 1993, adaptação para português de Camarneiro & Justo, 2007, 2010, traduzida por Escala de Vinculação Pré-Natal Paterna – EVPNP);

IRP – Inventário de Resolução de Problemas (Vaz-Serra, 1988).

Segundo estudo:

QSORP – Questionário de Saúde Obstétrica e Resultado do Parto

Este questionário foi construído para notação de dados relativos à ocorrência de patologia obstétrica dos II e III trimestres e do resultado do parto, onde se incluíram as características do recém-nascido no momento do nascimento.

Terceiro estudo, versão feminina:

PSS-14 – Perceived Stress Scale (Cohen et al., 1983; adaptação ao contexto profissional de Peixoto, 2005);

DASS 42 – Depression, Anxiety and Stress Scale (Lovibond & Lovibond, 1995; adaptação para português de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004);

BSI – Brief Symptoms Inventory (Derogatis, 1993; versão portuguesa de Canavarro, 1995);

EASAVIC – Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (Narciso & Costa, 1996);

EVPósNM – Escala de Vinculação Pós-Natal Materna (adaptação ao período pós-natal da Escala de Vinculação Pré-Natal Materna, adaptação para português da MAAS, de Camarneiro & Justo, 2007, 2010);

IRP – Inventário de Resolução de Problemas (Vaz-Serra, 1988).

Terceiro estudo, versão masculina:

PSS-14 – Perceived Stress Scale (Cohen et al., 1983; adaptação ao contexto profissional de Peixoto, 2005);

DASS 42 – Depression, Anxiety and Stress Scale (Lovibond & Lovibond, 1995; adaptação para português de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004);

BSI – Brief Symptoms Inventory (Derogatis, 1993; versão portuguesa de Canavarro, 1995);

EASAVIC – Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (Narciso & Costa, 1996);

EVPósNP – Escala de Vinculação Pós-Natal Paterna (adaptação ao período pós-natal da Escala de Vinculação Pré-Natal Paterna, adaptação para português da PAAS de Camarneiro & Justo, 2007, 2010);

IRP – Inventário de Resolução de Problemas (Vaz-Serra, 1988).

3.2. Descrição dos instrumentos de pesquisa e das características psicométricas das escalas utilizadas em cada estudo

Segue-se uma breve descrição do material que constitui o instrumento de pesquisa utilizado na investigação e a apresentação dos resultados psicométricos dos materiais de medida, tais como, validade, fiabilidade e outras qualidades que influenciem as conclusões (Reinard, 2006), utilizados nas amostras em estudo no período pré-natal e no período pós-natal (primeiro e terceiro estudos). Aqueles serão comparados com os resultados indicados pelos autores e com estudos publicados, ou analisados no contexto da amostra.

O estudo psicométrico referido no primeiro estudo foi efectuado, separadamente, na amostra feminina e na amostra masculina com o objectivo de observar, analisar e comparar a distribuição factorial dos itens nas escalas e a sua consistência interna⁹. Este procedimento permitiu identificar e seleccionar os itens comuns às duas amostras de modo a obter versões iguais e consistentes para ambos os sexos, possibilitando a comparação dos resultados estatísticos obtidos.

De acordo com a metodologia proposta pelos autores, a apreciação da validade, no primeiro estudo, fez-se através da análise factorial seguida de rotação ortogonal do tipo varimax em todas as escalas excepto no BSI, onde foi também seguida a metodologia de validação proposta pelos autores e que é distinta das anteriores.

Em cada escala e em cada factor, sempre que possível, foram mantidos os itens originais, à excepção dos casos em que a carga factorial era díspar ou inexistente num dado factor, sendo necessário, em articulação com o estudo da consistência interna, retirar o item ou, excepcionalmente, colocá-lo num factor diferente, onde o seu peso factorial fosse importante.

No terceiro estudo, foi realizada a análise factorial da escala de vinculação pós-natal, que apresentou valores de KMO sofríveis, dado o baixo número de sujeitos respondentes (67 mulheres e 67 homens), mas cuja finalidade foi observar o comportamento dos itens nas dimensões e analisar as diferenças eventualmente encontradas, em comparação com o primeiro estudo, uma vez que se tratou de uma adaptação da escala a um fim para o qual não foi inicialmente construída. A isto faremos referência no momento oportuno.

O estudo da fiabilidade das escalas e das suas dimensões, no primeiro e no terceiro estudos, fez-se através da análise da consistência interna, obtida a partir do valor de alfa de Cronbach e da correlação item-total corrigido. Neste caso, foi seguido o critério de Streiner e Norman (1989), eliminando os itens com correlação item-total corrigido abaixo de .20. O IRP foi excepção, uma vez que o autor da escala preconizou a aceitação de correlações acima de .10 (Vaz-Serra, 1988).

Os resultados estatísticos descritivos das escalas obtidos no primeiro e terceiro estudos são apresentados, para cada escala, na sequência dos anteriormente referidos através da indicação das medidas de tendência central (média e mediana), de dispersão

⁹ A validade e a fiabilidade das escalas foram estudadas, numa primeira fase, na amostra total, constituída por mulheres e homens (N = 814), resultados que não serão aqui apresentados, uma vez que o objectivo foi comparar as características das escalas na amostra com as dos estudos originais, às quais se aludirá sempre que se considere pertinente.

(desvio-padrão), de assimetria (Skewness, SW) e de achatamento (Kurtose, K). Indica-se, ainda, o resultado do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (K-S) e o nível de significância do mesmo.

A estatística descritiva é analisada em função dos resultados de cada escala de per si e observando os resultados da amostra inicial, questionada no período pré-natal e os resultados de uma sub-amostra, questionada no período pós-natal. As comparações por inferência estatística entre os dois períodos serão efectuadas na testagem das hipóteses apenas com os sujeitos que responderam ao terceiro estudo.

O programa estatístico utilizado foi o SPSS, Statistical Package for Social Sciences, versão 18.

3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico - QSDC

O Questionário Sociodemográfico e Clínico foi elaborado para caracterizar a amostra em estudo (cf. pode ser consultado no Apêndice 1 - Material construído). Tem uma versão feminina (A1-1.1.) e outra masculina (A1-1.2.). As variáveis clínicas femininas são de natureza obstétrica e ginecológica; as masculinas referem-se à gravidez actual da respectiva companheira e à sua história de paternidade. A sua aplicação fez-se no primeiro momento de recolha de dados. As variáveis seleccionadas caracterizam a amostra do ponto de vista sociodemográfico e as variáveis clínicas seleccionadas vão ao encontro das que se têm mostrado mais relevantes na literatura quando relacionadas com as variáveis psicológicas.

Na versão feminina do Questionário Sociodemográfico e Clínico, foram tidas em conta as seguintes variáveis sociodemográficas: nome; data de nascimento (dd/mm/aa); idade (em anos); estado civil (casado / união de facto); residência (local); telefone; nacionalidade; anos de escolaridade; escolaridade por categorias; categoria profissional e estatuto socioeconómico (as três últimas foram operacionalizadas segundo a escala de Graffar, 1956); estatuto ocupacional (efectivo / contrato de trabalho / trabalho temporário / conta própria); fontes de rendimento (salário mensal / quinzenal ou diário / subsídios ou pensões / honorários de profissão liberal / rendimentos pessoais ou familiares); tipo de habitação (apartamento / moradia / casa antiga); condições de habitabilidade (boas / razoáveis / más); água canalizada (sim / não); esgotos (sim / não); agregado familiar (grau

de parentesco e idade); número de filhos; instituição de saúde que frequenta e data de aplicação do questionário.

No âmbito dos aspectos clínicos da versão feminina, foi recolhida informação acerca da gravidez actual, da história ginecológica e da história obstétrica. No que se refere à gravidez actual, questionou-se sobre: tempo actual de gravidez (em semanas); data provável do parto (dd/mm/aa); local onde vai ocorrer o parto; dificuldade em engravidar (não / sim); se sim, consultou algum médico especialista no assunto (sim / não); intervalo de tempo entre tentar engravidar e ficar grávida (< 6 meses / 6 meses a 1 ano / 1 a 2 anos / > 2 anos); aumento de peso na gravidez (em kg); doença(s) associada(s) a esta gravidez (não / sim); se sim, qual(ais); consumo de tabaco durante a gravidez (não / sim); se sim, quantos cigarros/dia; consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez (regularmente / ocasionalmente / nunca); planeamento da gravidez (sim / não); se não, como aceitou a gravidez (facilmente / dificilmente / ainda não aceitou); opinião da mulher sobre a aceitação da gravidez pelo marido ou companheiro (facilmente / dificilmente / ainda não aceitou); avaliação da gestante acerca da adequação da gravidez ao momento actual da vida familiar (sim / não); se não se adequa, porquê (problemas de saúde / financeiros / conjugais / profissionais / com outros filhos / com os pais / com falta de espaço / interferência com outros projectos / outros).

No que diz respeito à história ginecológica, perguntámos acerca das seguintes variáveis: idade da menarca (anos); número de dias entre as menstruações; como se sente durante a menstruação (conforto / indiferença / incómodo sem dor / dor); teve casamento / coabitação anterior à actual (não / sim); se sim, quantas gravidezes resultaram dessa relação (número); caso tenham existido, quantas interrompidas e quantas não interrompidas (número).

Quanto à história obstétrica, recolheu-se a seguinte informação: número total de gravidezes anteriores a esta; interrupções de gravidez (não / sim); se sim, quantas (em número); de que tipo (voluntária / médica / espontânea); idade (anos); semanas de gestação; nascimentos (número); semanas de gestação com que cada bebé nasceu; idade materna em cada nascimento (anos); doenças nas gravidezes anteriores (não / sim); se sim, quais; internamentos nas gravidezes anteriores (não / sim); se sim, qual o motivo; número de gravidezes com o actual marido/companheiro; outros dados relevantes nas gravidezes anteriores (descrever); problemas de saúde relevantes antes desta gravidez (não / sim); se sim, quais.

Na versão masculina do Questionário Sociodemográfico e Clínico, foi recolhida informação sobre os seguintes aspectos sociodemográficos: nome; idade (anos); estado civil (casado / união de facto); nacionalidade; residência (local); anos de escolaridade; escolaridade em categorias; categoria profissional e estatuto socioeconómico (estas três últimas variáveis operacionalizados segundo a escala de Graffar, 1956); estatuto ocupacional (efectivo / contrato de trabalho / trabalho temporário / conta própria); fontes de rendimento (salário mensal / quinzenal ou diário / subsídios ou pensões / honorários de profissão liberal / rendimentos pessoais ou familiares); tipo de habitação (apartamento / moradia / casa antiga); condições de habitabilidade (boas / razoáveis / más); agregado familiar (grau de parentesco e idade); data de aplicação do questionário.

No âmbito dos aspectos clínicos, foram tidas em conta variáveis da gravidez actual e da história da paternidade. Relativamente à gravidez actual, questionou-se sobre o seguinte: planeamento da gravidez (sim / não); se não planeou a gravidez, qual a aceitação (fácil / difícil / ainda não aceitou); avaliação da adequação da gravidez ao momento actual da vida familiar (sim / não); se não se adequa, porquê (problemas de saúde / financeiros / conjugais / profissionais / com outros filhos / com os pais / com falta de espaço / interferência com outros projectos / outros).

Relativamente à história da paternidade, foram consideradas as variáveis: casamentos/coabitações anteriores (não / sim); se sim, houve gravidez(es) (não / sim); se sim, quantas interrompidas e quantas completadas (número); idade em cada gravidez (anos); duração de cada gestação (semanas); nascimentos (número).

3.2.2. Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade - EAGM

A Escala de Atitudes Sobre a Gravidez e a Maternidade - EAGM (Xavier & Paúl, 1996) destina-se apenas a mulheres grávidas e foi construída com o objectivo de avaliar as atitudes em relação à sua própria gravidez. Toma como atitudes as predisposições para responder a um conjunto de estímulos com base em certas categorias de resposta definidas como afectivas (sentimentos e preferências), cognitivas (opiniões e crenças) e comportamentais (acções ou declarações de intenções) (Eiser, 1980, citado por Xavier & Paúl, 1996). As autoras assumem que as escalas de atitudes têm a importante função de comparar sujeitos quanto às avaliações que efectuam sobre um determinado objecto.

A EAGM é constituída por 42 itens, respondidos através de uma escala de tipo likert de 4 pontos, que se organizam em 7 subescalas, (com $KMO = 0.73$; $BTS = 3372.81$, $p = .000$) que explicam 38.4% da variância. São elas, ordenadas segundo os valores próprios, Filho Imaginado (FI), Boa Mãe (BM), Gravidez como Factor de Mudança e Crescimento Pessoal (GFMCP), Aspectos Difíceis da Gravidez e da Maternidade (ADGM), Relação com a Própria Mãe (RPM), Apoio do Marido/Companheiro (AMC) e Imagem Corporal e Necessidade de Dependência (ICND).

A administração é individual e não tem tempo limite, embora o tempo total da administração seja aproximadamente de 15 a 20 minutos. Após a leitura das instruções, o sujeito deve responder a cada item, utilizando uma escala de 4 pontos (1 – “Sempre”, 2 – “muitas vezes”, 3 – “poucas vezes”, 4 – “nunca”). Os valores são somados para cada uma das sete subescalas, obtendo-se, assim, valores diferentes para as dimensões da gravidez que são avaliadas.

O alfa de Cronbach na versão das autoras varia entre .58 e .76 e pode observar-se, à frente, no quadro 1, conjuntamente com a distribuição dos itens, onde se comparam os resultados obtidos no nosso estudo.

O desenvolvimento da escala iniciou-se em 1996 e tem a vantagem de ter sido construída e validada através de uma amostra de mulheres grávidas portuguesas, eliminando deste modo artefactos introduzidos por escalas elaboradas em países diferentes. O seu interesse é justificado a partir dos trabalhos de Bibring, Dwyer, Huntington e Valenstein (1961), Erickson (1959) e de Colman e Colman (1994), que mostraram que o tempo de gravidez representa uma fase da vida da mulher com importantes alterações físicas, sociais e psicológicas. É um momento de crise, implicando o envolvimento da grávida num processo intrapsíquico específico, em que terá de fazer uso do seu potencial para a manutenção de uma situação positiva e gratificante (Lee, 1995; Lis & Zenaro, 1997 citados por Xavier & Paúl, 1996).

Segundo as autoras, a escala serve para perceber o modo como a gravidez é vivenciada, como contribui para o desenvolvimento pessoal e como se integra no programa de vida. Poderá, ainda, contribuir para a compreensão do tipo de cuidados que prestará à criança após o nascimento, predizendo o tipo de relação que a mãe estabelecerá com esta contribuindo, portanto, para o seu desenvolvimento. Estes são os fundamentos do nosso interesse pela escala, que se destina exclusivamente a mulheres grávidas e integra o instrumento de pesquisa feminino utilizado no primeiro estudo.

3.2.2.1. Características psicométricas da EAGM no primeiro estudo

A análise factorial de componentes principais, seguida de rotação oblíqua do tipo varimax ($KMO = 0.84$, BTS significativo para $p < .001$) e a análise do scree plot, confirmou a organização da EAGM em 7 subescalas, com total de variância explicada de 49.1% (superior à original), cujos valores próprios obtidos em cada subescala foram os seguintes: FI, 7.21; RPM, 3.60; GFCMP, 2.87; BM, 2.21; AMC, 1.73; ICND, 1.59 e ADGM, 1.43. A ordem dos valores próprios e das variâncias explicadas corresponde à original apenas na primeira subescala (Apêndice 2-1.1., Quadro 1 e Gráfico 1).

A consistência interna das subescalas, obtida para o estudo da fiabilidade, foi analisada através do alfa de Cronbach (α). O resultado foi o seguinte: FI, itens tal como na versão original, $\alpha = .80$, é superior ao original (.76). BM, comparativamente com a proposta original foi retirado o item 28, por não pontuar neste factor, e os itens 20 e 37 porque, embora tivessem elevadas cargas factoriais nesta sub-escala, o seu conteúdo não é coerente com os restantes. O valor alfa de .68 é inferior ao original (.72). GFMCP, fica com os itens tal como na versão original e o alfa .77 está ligeiramente acima da original (.75). ADGM, neste estudo foram eliminados os itens 20 e 37 por não terem carga factorial e incluiu-se o item 4 por ter aqui um peso factorial significativo e coerência de conteúdo. O alfa é igual a .66 é inferior ao original (.71). A RPM mantém os itens conforme a versão original. O alfa de .81 está muito acima do original (.69). O mesmo acontece com a subescala AMC, ao manter os mesmos itens e o alfa igual a .75 é superior ao encontrado pelas autoras no estudo original (0.68). A ICND incluiu o item 28 que tem aqui o seu peso factorial mais elevado. O alfa de Cronbach (.63) é superior ao do estudo das autoras (.58). Os resultados podem ser consultados no Apêndice 2-1.2., Quadro 2.

A síntese da distribuição dos itens nas subescalas, após a análise factorial e da consistência interna da EAGM, na versão original e neste estudo, pode ser observada no Quadro 1 (foram considerados apenas itens com saturações de valor igual ou superior a .30). Os itens que constituem três das subescalas mostraram ligeiras diferenças em relação à proposta original e, em quatro subescalas, mantiveram-se iguais às originais e com alfas superiores. Os itens 20 e 37 foram excluídos da escala utilizada nesta investigação por não apresentarem cargas factoriais suficientes.

Quadro 1. Itens considerados nas subescalas da EAGM e alfa de Cronbach, na versão original e no estudo actual

<i>EAGM: Sub-escalas</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Itens</i>	<i>α</i>
FI	Original	2, 6, 11, 17, 26, 31, 36	.76
	Na amostra	2, 6, 11, 17, 26, 31, 36	.80
BM	Original	1, 9, 10, 12, 16, 23, 27, 28, 32	.72
	Na amostra	1, 9, 10, 12, 16, 23, 27, 32	.68
GFMCP	Original	19, 22, 24, 30, 38, 41	.75
	Na amostra	19, 22, 24, 30, 38, 41	.77
ADGM	Original	3, 14, 18, 20, 33, 34, 37, 39	.71
	Na amostra	3, 4, 14, 18, 33, 34, 39	.66
RPM	Original	5, 13, 35, 42	.69
	Na amostra	5, 13, 35, 42	.81
AMC	Original	7, 15, 21, 25	.68
	Na amostra	7, 15, 21, 25	.75
ICND	Original	4, 8, 29, 40	.58
	Na amostra	8, 28, 29, 40	.63

No que respeita às estatísticas descritivas da EAGM, dadas as suas características de cotação, quanto mais baixos os valores, mais positivas são as atitudes face à gravidez e à maternidade por parte das grávidas.

Segundo as autoras (Xavier & Paúl, 1996), a escala não possui normas, servindo as estatísticas descritivas como parâmetros de referência para comparação de grupos de grávidas. Em contexto clínico, os resultados obtidos acima ou abaixo das médias da amostra total servirão de guia para explorar as diversas dimensões das vivências do processo gravídico em cada situação particular.

Os resultados obtidos, descritivos e de normalidade das sub-escalas, podem ser observados no Quadro 2. Os valores médios, que se encontram abaixo do ponto médio de corte de cada subescala nesta amostra, são os relativos ao FI e AMC, sendo estes reveladores de atitudes mais positivas. As restantes subescalas mostram valores médios elevados, indicando atitudes menos favoráveis. Destaca-se a sub-escala ADGM, com maior afastamento desse ponto médio, no sentido menos favorável.

Quadro 2. Medidas descritivas e teste de normalidade observadas nas sub-escalas da EAGM

<i>EAGM subescalas</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>K</i>	<i>SW</i>	<i>KS</i>	<i>p</i>
FI	10.22	10.00	2.92	7.00	22.00	0.54	0.92	3.14	.000
BM	16.59	17.00	3.55	8.00	30.00	-0.11	0.18	1.65	.009
GFMCP	10.76	10.00	3.23	6.00	23.00	0.48	0.69	2.18	.000
ADGM	19.09	19.00	3.42	10.00	27.00	-0.18	-0.18	1.62	.01
RPM	6.45	6.00	2.38	4.00	16.00	2.39	1.41	3.42	.000
APC	5.56	5.00	1.67	4.00	16.00	4.08	1.55	-0.29	.000
ICND	7.60	8.00	2.19	4.00	14.00	-0.29	0.30	1.97	.001

Neste estudo, as subescalas não têm distribuição normal, como se observa pelos valores do teste de *K-S* e sua significância estatística ($p < .05$). No entanto, as medidas de assimetria e de achatamento são inferiores a 1.00 em cinco subescalas podendo assumir-se a distribuição como normal (Maroco, 2007). As duas subescalas onde isto não se observa são a RPM e AMC.

3.2.3. Perceived Stress Scale - PSS-14, adaptação ao contexto profissional

O grupo de questões sobre stress profissional foi colocado com a aplicação da Perceived Stress Scale - PSS-14 (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983), adaptada ao contexto profissional por Peixoto (2000).

O PSS - 14 é um instrumento amplamente utilizado para medir o nível em que cada indivíduo percebe as situações de vida como stressantes, questionando acerca de sentimentos e de pensamentos ocorridos no último mês.

No questionário adaptado ao contexto profissional, os itens referem-se a avaliações subjectivas de acontecimentos ocorridos no último mês em contexto profissional e as instruções solicitam ao sujeito que indique com que frequência se sentiu ou pensou de uma certa forma nesse contexto (Peixoto, 2000). Neste estudo, foi utilizada a escala completa com 14 itens que, tal como a original, pode ser auto-administrada e demora cerca de dez minutos a preencher. As respostas têm por base uma escala de Likert, com cinco pontos, que variam entre “0 – Nunca” e “4 – Muito frequentemente”. Os itens 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13 são invertidos e cotados em sentido contrário (Johnston, Wright, & Weinman, 1995). A

pontuação total da escala pode variar entre 0 e 56 e uma pontuação mais elevada indica mais stress percebido (Cohen et al., 1983).

Relativamente às qualidades psicométricas do PSS-14, o coeficiente de consistência interna, medido pelo alfa de Cronbach, foi de .75 no estudo realizado em 1988 com uma amostra probabilística (Cohen & Williamson, 1988) e de .86 no estudo inicial (Cohen et al., 1983). A consistência interna da versão adaptada ao contexto profissional, obtida numa amostra de professores, indicou um alfa de Cronbach de .74 (Peixoto, 2000). Ainda nesta amostra, a autora encontrou uma amplitude de valores entre 7 e 44, média de 25.53 e DP de 6.54, para o nível de stress percebido no contexto profissional, valores estes mais elevados do que os do estudo original com o PSS-14 em que os valores oscilaram entre 0.00 (Min.) e 45.00 (Max.), com $M = 19.62$ e $DP = 7.49$ (Johnston et al., 1995).

No estudo de 1988, realizado com uma amostra probabilística da população geral nos EUA, Cohen e Williamson, ao validarem a escala através da análise factorial, encontraram uma solução a dois factores que explicavam 42% da variância. O primeiro factor representava os itens redigidos negativamente e, o segundo, representava os itens redigidos positivamente. Os autores consideraram esta distinção irrelevante, aconselhando a utilização unidimensional da escala (Cohen & Williamson, 1988).

Cohen et al. (1983) criaram a PSS por considerarem que uma escala de stress global seria muito mais útil e vantajosa do que uma escala destinada a stressores específicos. Referiram, ainda, que os processos de doença são afectados pelo stress global e não em resposta a um acontecimento particular. A opção por uma adaptação desta escala ao contexto profissional deve-se, justamente, ao nosso interesse em avaliar este stressor específico, tendo como base uma escala largamente utilizada que tem revelado boas características psicométricas. Além disto, neste estudo, o stress global será medido com outra escala.

3.2.3.1. Características psicométricas da PSS-14 adaptada ao contexto profissional, no primeiro estudo

O estudo da fiabilidade da escala, através da análise da consistência interna, mostrou que os itens 4 e 5 apresentavam correlações negativas item-total corrigido, nas amostras feminina e masculina. Uma justificação plausível é a possível dificuldade de interpretação do verbo “lidar” por parte dos sujeitos da amostra. Os itens foram retirados e a escala

passou de 14 para 12 itens, em ambas as amostras¹⁰. Na amostra feminina, o alfa de Cronbach passou de .62 para .77 e, na amostra masculina, passou de .60 para .74 nas escalas de 14 e de 12 itens, respectivamente, como se pode observar nos Quadros 3 a 6, do Apêndice A2-2.1.a e A2-2.1.b, também respectivamente.

A análise factorial de componentes principais com rotação ortogonal do tipo varimax, validada por *KMO* superior a 0.80 e *BTS* significativo, com $p < .001$, em cada amostra, mostrou a existência de dois factores, tal como foi referido pelos autores (Cohen & Williamson, 1988). A variância explicada pelos dois factores foi superior a 50% na amostra feminina e a 48% na masculina. Também a análise do scree plot mostrou que a linha se torna horizontal a partir do segundo componente, como se pode observar no Apêndice A2-2.2.a e A2-2.2.b, nos Gráficos 2 e 3 e Quadros 7 a 10.

Para ambas as amostras, os itens encontrados na primeira dimensão foram os 1, 2, 3, 8, 11, 12 e 14 (valores próprios = 3.87 e 4.23, respectivamente nas amostras feminina e masculina) e, na segunda dimensão, agruparam-se os itens 6, 7, 9, 10 e 13 (valor próprio = 2.53 e 2.59, respectivamente nas amostras feminina e masculina). Na amostra feminina, na primeira dimensão, o alfa foi de .85 e, na segunda, foi de .73. A amostra masculina apresentou, na primeira dimensão, um alfa de .83 e, na segunda, de .70. Apesar destes resultados, pelas razões expostas na descrição da escala, utilizámos a solução unidimensional proposta pelos autores. Em relação à adaptação ao contexto profissional e à versão original da escala, a diferença encontrada no nosso estudo foi a necessidade de eliminar os itens 4 e 5 em ambas as amostras.

Os resultados descritivos da escala, encontrados na amostra, no primeiro estudo, mostram que as mulheres grávidas têm valores médios de stress profissional mais elevados, assim como uma maior amplitude nesses valores ($M = 20.68$, $DP = 6.92$, Min. = 2.00, Max. = 38.00), do que os homens no mesmo período da gravidez ($M = 17.93$, $DP = 6.45$, Min. = 1.00, Max. = 33.00), como se observa, abaixo, no Quadro 3.

Pela análise dos resultados, podemos afirmar que a distribuição se ajusta à normalidade em ambas as amostras. Apesar de o nível de significância na amostra masculina ser de .048 (muito próximo de .05), as medidas de *SW* e *K* são de 0.05.

Em relação aos valores obtidos na nossa amostra, um estudo realizado com professores mostrou que estes têm níveis mais elevados de stress percebido no contexto profissional ($M = 25.53$, $DP = 6.54$, Min. = 7.00, Max. = 44.00) (Peixoto, 2005) e, a

¹⁰ O mesmo resultado foi observado no estudo da amostra conjunta, com todos os sujeitos ($N = 814$).

população geral, do estudo original com o PSS-14, tem níveis inferiores aos das mulheres da nossa amostra, mas superiores aos dos homens desta mesma amostra ($M = 19.62$, $DP = 7.49$, $Min. = 0.00$, $Max. = 45.00$) (Johnston et al. 1995). Ao comparar os resultados, devemos recordar que a escala utilizada no nosso estudo tem 12 itens e não 14 como acontece nos estudos apresentados.

Quadro 3. Medidas descritivas e teste de normalidade observadas na PSS, adaptação ao contexto profissional, em mulheres e homens, no primeiro estudo

<i>PSS</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>K</i>	<i>SW</i>	<i>KS</i>	<i>p</i>
Mulheres (N=363)	20.68	21.00	6.92	2.00	38.00	-0.23	0.02	0.04	.08
Homens (N=404)	17.93	18.00	6.45	1.00	33.00	-0.42	-0.05	0.05	.048

3.2.3.2. Características psicométricas da PSS adaptada ao contexto profissional, no terceiro estudo

A PSS aplicada no terceiro estudo desta investigação, e segundo momento de aplicação da escala aos respondentes homens ($n = 67$) e mulheres ($n = 67$), mantém as características psicométricas anteriormente descritas. O α na amostra feminina foi de .81 e na amostra masculina foi de .79, superior ao obtido na primeira aplicação da escala, em ambos os casos (Apêndice A2-2.3., Quadro 11).

Os resultados descritivos encontrados e que podem ser observados no Quadro 4 mostram que as mulheres têm valores médios de stress profissional mais elevados no período pós-natal e com menor amplitude ($M = 19.26$, $DP = 6.63$, $Min. = 6.00$, $Max. = 33.00$) do que os homens ($M = 18.03$, $DP = 6.60$, $Min. = 5.00$, $Max. = 38.00$) tal como se observou no período da gravidez. No entanto, o stress profissional nestas mulheres é mais baixo, em média, do que o stress profissional apresentado pelas mulheres questionadas no período da gravidez. Além disso, nos homens, aumentou, ligeiramente, em média, neste período em relação à medição feita no período anterior. A distribuição ajusta-se à normalidade em ambas as amostras ($p > .05$).

Quadro 4. Medidas descritivas e teste de normalidade observadas na PSS, adaptação ao contexto profissional, em mulheres e homens, no terceiro estudo

<i>PSS</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>K</i>	<i>SW</i>	<i>KS</i>	<i>p</i>
Mulheres (N=62)	19.26	20.00	6.63	6.00	33.00	-0.82	-0.09	0.56	.910
Homens (N=67)	18.03	18.00	6.60	5.00	38.00	0.754	0.34	0.63	.827

3.2.4. Depression, Anxiety and Stress Scale – DASS-42

A Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-42) (Lovibond & Lovibond, 1995; adaptação para português de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004) constitui uma escala de avaliação de estados emocionais negativos (Lovibond & Lovibond, 2004), com 42 itens distribuídos por três factores: Depressão, Ansiedade e Stress. Foi desenvolvida com base na teoria e segundo o modelo tripartido de Lovibond e Lovibond (1995). No estudo português, os resultados apontam para uma estrutura semelhante à do estudo australiano, indicando a possibilidade de ser utilizada em Portugal. A variância comum às variáveis ansiedade e depressão é de cerca de 33%, o que constitui uma aproximação satisfatória ao objectivo da utilização desta escala que é o de reduzir a variância comum (Pais-Ribeiro et al., 2004).

A escala propõe-se avaliar os estados afectivos de depressão, ansiedade e stress, em que cada item é uma frase que remete para sintomas emocionais negativos. Os sujeitos avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana, numa escala de 4 pontos de aplicabilidade entre um mínimo de “0” (não se aplicou nada a mim) e um máximo de “3” (aplicou-se a mim a maior parte do tempo).

As três escalas em que a DASS-42 se organiza e que explicam 38.4% da variância (depressão, ansiedade e stress) incluem 14 itens e vários conceitos em cada uma. Nomeadamente, na escala de depressão (3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31, 34, 37, 38 e 42) temos: disforia (itens 26, 13), desânimo (itens 37, 10), desvalorização da vida (itens 38, 21), auto-depreciação (itens 34, 17), falta de interesse ou de envolvimento (itens 16, 24), anedonia (itens 3, 31) e inércia (itens 5, 42).

Quanto à ansiedade (2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40, 41), temos: excitação do sistema autónomo (itens 25, 19, 2, 4, 23), efeitos músculo-esqueléticos (itens 7, 41), ansiedade situacional (itens 40, 9, 30) e experiências subjectivas de ansiedade (itens 28, 36, 20, 15).

Finalmente, na escala de stress (1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35, 39) temos: dificuldade em relaxar (itens 22, 29, 8), excitação nervosa (itens 12, 33), facilmente agitado/chateado (itens 11, 1, 39), irritável/reacção exagerada (itens 6, 27, 18) e impaciência (itens 35, 14, 32).

Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos 14 itens. A escala fornece três notas, uma por subescala, em que o mínimo é “0” e o máximo “42”. Notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afectivos mais negativos.

A consistência interna das escalas para a versão portuguesa (Pais-Ribeiro et al., 2004), obtida pelos valores de alfa de Cronbach, foi de .93 para a depressão (.91 na versão original), de .83 para a ansiedade (.84 na versão original) e de .88 para o stress (.90 na versão original). Segundo os autores, a magnitude dos valores é boa e semelhante à versão original.

A adaptação da escala à população portuguesa mostrou os valores médios, desvios-padrão, medianas e amplitudes que se podem observar no Quadro 5 (Pais-Ribeiro et al., 2004).

Quadro 5. Médias, desvios-padrão, máximos, mínimos e medianas da DASS -42*

<i>Dimensões</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Md</i>
Stress	12.34	6.56	0.00	38.00	12.00
Ansiedade	5.74	5.45	0.00	28.00	4.00
Depressão	6.00	6.82	0.00	38.00	4.00

*Fonte: Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, (2004)

3.2.4.1. Características psicométricas da DASS-42 no primeiro estudo

A DASS total mostrou elevada consistência interna para os 42 itens, quer na amostra feminina quer na amostra masculina ($\alpha = .96$ em ambas as amostras) (Apêndice A2-3.1.a e A2-3.1.b, Quadros 13 e 14). Na amostra feminina, a análise factorial, permitida pelo valor $KMO = 0.95$ e teste de esfericidade de Bartlett significativo para $p < .001$, confirmou a existência de três factores que explicam 48.6% de variância. Na amostra masculina, após validação pelo valor de $KMO = 0.96$ e o BTS significativo para $p < .001$, a mesma análise confirmou a existência de três factores, com um total de variância explicada de 50.4%. (Apêndice A2-3.2.a e A2-3.2.b, Quadros 15 e 16).

Apreciando os factores e os itens que os constituem, verificamos que o factor depressão, quer na amostra de grávidas, quer naquela que é formada pelos seus maridos/companheiros, é constituído pelos itens comuns às versões australiana e portuguesa e tem consistência interna elevada, com o mesmo valor de alfa de Cronbach (.91) e com correlações item-total corrigido elevadas para todos os itens em ambas as amostras. O mesmo acontece com o factor Stress que tem as mesmas características em ambas as amostras, feminina e masculina, o mesmo valor de α (.92) e elevadas correlações item-total corrigido.

O factor ansiedade apresenta algumas diferenças entre as amostras feminina e masculina e entre estas e as versões originais referidas¹¹. Os itens 9, 30 e 40 que correspondem à ansiedade situacional, não apresentaram carga factorial na amostra masculina e os itens 2, 28 e 30 que pertencem a conceitos diversos, não apresentaram carga factorial na amostra feminina. Estes itens (2, 9, 28, 30 e 40) foram retirados da dimensão ansiedade por terem cargas factoriais diferentes na amostra de mulheres grávidas e na amostra dos seus maridos ou companheiros, mas foram mantidos na escala total. A dimensão ansiedade ficou constituída por 9 itens (4, 7, 15, 19, 20, 23, 25, 36 e 41) com α de .81 na amostra feminina e de .86 na amostra masculina (Apêndice A2-3.3.a, e A2-3.3.b, Quadros 17 e 18).

A análise dos resultados descritivos da DASS-42 mostra que as mulheres apresentam valores médios superiores aos homens, quer globalmente, quer nas três dimensões em causa (depressão, ansiedade e stress), como se evidencia no Quadro 6.

Quadro 6. Medidas descritivas e teste de normalidade observadas na DASS-42 e suas Dimensões, em mulheres e homens, no primeiro estudo

DASS - 42 / Dimensões		M	Md	DP	Min.	Máx.	K	SW	KS	p
Depressão	Mulheres	4.19	2.00	5.51	0.00	32.00	4.77	2.09	0.22	.000
	Homens	3.29	2.00	5.00	0.00	31.00	8.42	2.65	0.26	.000
Ansiedade	Mulheres	4.20	3.00	3.73	0.00	19.00	1.07	1.15	0.17	.000
	Homens	2.25	1.00	3.20	0.00	19.00	6.66	2.35	0.24	.000
Stress	Mulheres	10.64	10.00	7.54	0.00	37.00	0.34	0.81	0.10	.000
	Homens	7.69	6.00	6.94	0.00	41.00	2.02	1.29	0.14	.000
Global	Mulheres	20.98	17.00	16.81	0.00	85.00	1.16	1.18	0.13	.000
	Homens	14.68	10.00	15.16	0.00	92.00	5.19	1.97	0.17	.000

¹¹ No estudo realizado com a amostra total, homens e mulheres (n = 814), a escala de ansiedade incluía os itens 2, 28 e 40 e eliminava os itens 9 e 30.

A depressão, nas mulheres, detém valores médios ($M = 4.19$, $DP = 5.51$) mais elevados do que nos homens ($M = 3.29$, $DP = 5.00$). O mesmo se passa com os valores obtidos para a ansiedade com resultados médios nas mulheres de 4.20 ($DP = 3.73$) enquanto nos homens a média é 2.25 ($DP = 3.20$). No caso do stress, as mulheres voltam a pontuar mais alto ($M = 10.64$, $DP = 7.54$) do que os homens ($M = 7.69$, $DP = 6.94$), apresentando estes, portanto, níveis de stress mais baixos durante a gravidez.

Na escala total, a média volta a ser superior nas mulheres ($M = 20.98$, $DP = 16.81$), em comparação com as médias alcançadas pelos homens ($M = 14.68$, $DP = 15.16$).

Em síntese, as mulheres na gravidez apresentam níveis médios mais elevados de estados emocionais negativos do que os homens, observados através das estatísticas descritivas obtidas nas escalas aplicadas.

Na amostra, não se verifica distribuição normal nas dimensões estudadas, a não ser no caso do stress na amostra feminina, admitida pelos valores de K e SW .

Os valores obtidos na amostra em estudo, em todas as dimensões (depressão, ansiedade e stress), estão abaixo dos encontrados para a população portuguesa, excepto na amplitude do stress na amostra masculina (Pais-Ribeiro et al., 2004), conforme se pode observar no Quadro 5 atrás apresentado.

Se compararmos os valores médios obtidos com os valores normativos da DASS, propostos por Lovibond e Lovibond (1995) e expressos no Quadro 7, verificamos que todos se situam dentro dos valores normais, ou seja, entre 0 e 9 para a depressão, entre 0 a 7 para a ansiedade e de 0 a 14 para o stress. No caso da ansiedade, temos que ter em conta, na comparação dos valores, que no nosso estudo apenas consideramos 9 itens, o que altera o valor total da dimensão.

Quadro 7. Valores normativos da DASS-42*

	<i>Depressão</i>	<i>Ansiedade</i>	<i>Stress</i>
Normal	0-9	0-7	0-14
Leve	10-13	8-9	15-18
Moderada	14-20	10-14	19-25
Grave	21-27	15-19	26-33
Extremamente grave	≥ 28	≥ 20	≥ 34

*Fonte: Lovibond & Lovibond (1995)

Na amostra por nós estudada, 13.6% das grávidas estão deprimidas. Com depressão leve, encontram-se 5.9%. No que respeita à depressão moderada, são 5.2%. Com depressão grave, há 2% de mulheres e 0.5% das gestantes têm uma depressão extremamente grave.

Com ansiedade clínica, há mais de 17% de grávidas, sendo que cerca de 9% têm ansiedade moderada e 6% apresentam ansiedade leve. Não é possível obter um valor rigoroso, uma vez que utilizamos apenas 9 itens da sub-escala de ansiedade e não os 14 itens propostos pelo autor. Concluimos que estes resultados da classificação da ansiedade estão subdimensionados neste estudo e, portanto, pode haver maior percentagem de grávidas ansiosas do que aquelas que encontramos.

Relativamente ao stress, 28% das grávidas registam valores de stress fora do normal, dos quais 14.5% se situam no stress leve, 9.8% no moderado, 4.2% têm valores de stress grave e meio por cento apresentam stress extremamente grave.

Nos homens da amostra, 10.1% apresentam valores que indicam depressão elevada, 7.6% têm níveis elevados de ansiedade e 17.2% mostram níveis elevados de stress. Como já referimos anteriormente, a intensidade dos níveis de ansiedade não são rigorosos pois o número de itens é de 9 neste estudo e de 14 no estudo original que deu origem a este padrão de valores.

Dos 10.1% de homens deprimidos, 5.2% têm depressão leve, 2.9% moderada, 1.2% grave e 0.7% extremamente grave. Os ansiosos são: com ansiedade leve, 5.9%; com ansiedade moderada há 3.7% de homens e 0.5% têm ansiedade grave. Não há casos extremamente graves. Quanto ao stress, este é leve em 10.3% dos homens, moderado em 4.7%, grave em 1.7% e extremamente grave em 0.5% dos homens em estudo.

3.2.4.2. Características psicométricas da DASS-42 no terceiro estudo

A DASS-42 apresenta boa consistência interna na segunda aplicação feita à sub-amostra de 67 casais, participantes no terceiro estudo. Na escala global preenchida pelas mulheres, o α é .98 e para os homens é de .96. No que se refere às dimensões, o α na depressão foi de .95 e .93 em mulheres e homens respectivamente, na ansiedade foi de .90 e .78 respectivamente em mulheres e homens e o stress foi de .95 nas mulheres e de .93 nos homens (Apêndice A2-3.4.a e A2-3.4.b, Quadros 19 a 22).

Os resultados descritivos apresentados no Quadro 8, que se encontra abaixo, mostram que as mulheres continuam a apresentar, no período pós-natal, valores médios

superiores aos homens, quer globalmente quer nas três dimensões tal como no período pré-natal. No entanto, quer as mulheres quer os homens pontuam mais abaixo em todas as medições da DASS neste segundo momento de avaliação em relação ao período anterior.

Quadro 8. Medidas descritivas e teste de normalidade observadas na DASS-42 e suas dimensões, em mulheres e homens, no terceiro estudo.

<i>DASS -42 / Dimensões</i>		<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>K</i>	<i>SW</i>	<i>KS</i>	<i>P</i>
Depressão	Mulheres	3.76	1.00	6.31	0.00	32.00	8.23	2.73	2.26	.000
	Homens	2.82	1.00	5.10	0.00	32.00	16.51	3.55	2.36	.000
Ansiedade	Mulheres	2.59	1.00	4.01	0.00	18.00	4.45	2.18	2.20	.000
	Homens	1.47	1.00	2.38	0.00	14.00	11.70	2.98	2.24	.000
Stress	Mulheres	10.21	9.00	8.32	0.00	41.00	2.07	1.26	0.90	.392
	Homens	6.77	4.50	6.68	0.00	30.00	2.34	1.52	1.61	.012
Global	Mulheres	18.92	14.50	20.33	0.00	105.00	5.34	2.08	1.43	.034
	Homens	12.71	8.00	14.06	0.00	83.00	9.15	2.50	1.63	.010

Estes resultados indicam que os valores médios de depressão nas mulheres ($M = 3.76$, $DP = 6.31$) são superiores aos valores observados nos homens ($M = 2.82$, $DP = 5.10$). O mesmo acontece com a ansiedade, em que as mulheres pontuam mais, em média ($M = 2.59$, $DP = 4.01$) do que os homens ($M = 1.47$, $DP = 2.38$). Os homens, neste período, apresentam, em média, valores mais baixos de stress ($M = 6.77$, $DP = 4.50$) do que as mulheres na mesma época e, ainda, do que os homens questionados durante a gravidez, como antes observamos.

As mulheres mostram um valor médio de stress muito próximo, embora inferior, àquele que foi obtido durante a gravidez ($M = 10.21$, $DP = 8.32$) o que mostra o quanto o stress, eventualmente, se manterá estável ou mesmo com tendência para reduzir, o que será testado mais à frente. Na escala total, como era de esperar face aos resultados obtidos nas dimensões, as mulheres mostraram uma média ($M = 18.92$, $DP = 20.33$) superior à obtida pelos homens ($M = 12.71$, $DP = 14.06$).

Quanto à normalidade da distribuição, esta apenas se verifica na dimensão stress, na amostra feminina ($p > .05$).

3.2.5. Brief Symptoms Inventory – BSI

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos, Brief Symptoms Inventory – BSI (Derogatis, 1993; versão portuguesa de Canavarro, 1995) é um inventário de auto-resposta com 53 itens desenvolvido a partir do SCL-90-R (Symptom Check List, ed. Revista; Derogatis & Cleary, 1977). Na sua elaboração, o autor sugeriu que 5 ou 6 itens de cada escala teriam peso suficiente para suportar, sozinhos, a definição operacional de cada dimensão psicopatológica (Derogatis, 1993, p. 2). Para formar o BSI, foram seleccionados os itens com maior peso em cada dimensão (Canavarro, 1999).

Este instrumento avalia sintomas psicopatológicos em nove dimensões de sintomatologia e três índices globais. Estes últimos são avaliações sumárias de perturbação emocional e representam aspectos diferentes da psicopatologia. Em geral, o BSI demora 8 a 10 minutos a preencher. O indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala de tipo Likert que varia de “nunca” (0) a “muitíssimas vezes” (4).

As nove dimensões são a somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo. Derogatis descreveu as dimensões na forma que expomos a seguir (Canavarro, 1999):

Somatização: reflecte o mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático focando queixas centradas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou outro qualquer sistema com mediação autonómica. São, igualmente, componentes da somatização, as dores localizadas na musculatura e outros equivalentes somáticos da ansiedade. Nesta dimensão, incluem-se os itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37.

Obsessões-Compulsões: inclui sintomas identificados com a síndrome clínica do mesmo nome. Inclui as cognições, impulsos e comportamentos que são experienciados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam ego-distónicos e de natureza indesejada. Os comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral estão também incluídos nesta dimensão. Inclui os itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36.

Sensibilidade Interpessoal: centra-se nos sentidos de inadequação pessoal e inferioridade, particularmente em comparação com outras pessoas. Manifestações características desta dimensão são a auto-depreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez durante as interacções sociais. Contém os itens 20, 21, 22 e 42.

Depressão: os itens que compõem esta dimensão reflectem o grande número de indicadores de depressão clínica. Estão representados os sintomas de afecto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida. Formada pelos itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50.

Ansiedade: foram incluídos indicadores gerais tais como nervosismo e tensão. São igualmente contemplados sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico. Foram consideradas, também, componentes cognitivas que envolvem apreensão e alguns correlatos de ansiedade. Inclui os itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49.

Hostilidade: inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afectivo negativo da cólera. Compreende os itens 6, 13, 40, 41, e 46.

Ansiedade fóbica: é definida como a resposta de medo persistente (em relação a uma pessoa, local ou situação específica) que sendo irracional e desproporcionado em relação ao estímulo, conduz ao comportamento de evitamento. Os itens desta dimensão centram-se nas manifestações mais patognomónicas e disruptivas do comportamento fóbico. Estão contidos, nesta dimensão, os itens 8, 28, 31, 43 e 47.

Ideação paranóide: representa o comportamento paranóide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo. O pensamento projectivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios são vistos primariamente como os reflexos desta perturbação. A selecção dos itens foi orientada de acordo com esta conceptualização. Estão aqui incluídos os itens 4, 10, 24, 48 e 51.

Psicoticismo: esta escala foi desenvolvida de modo a representar o constructo como uma dimensão contínua da experiência humana. Os itens respectivos são indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide, assim como alucinações e controlo do pensamento. A escala fornece um contínuo graduado que vai desde o isolamento interpessoal ligeiro à evidência dramática de psicose. Contém os itens 3, 14, 34, 44 e 53.

Quatro dos itens do BSI (11, 25, 39 e 52), embora contribuam com algum peso para as dimensões descritas, não pertencem a nenhuma delas. Dada a sua relevância clínica, são incluídos no inventário, mas apenas considerados nas pontuações dos três índices globais (Canavarro, 1999).

Para obter as pontuações das nove dimensões psicopatológicas, somam-se os valores obtidos em cada um dos itens pertencentes a cada dimensão. A soma obtida é dividida pelo número de itens a que o indivíduo respondeu para essa dimensão.

A fórmula do cálculo do índice geral de sintomas (IGS) tem em conta, simultaneamente, o número de sintomas psicopatológicos e a sua intensidade. O total de

sintomas positivos (TSP) reflecte o número de sintomas assinalados. O índice de sintomas positivos (ISP) é uma medida que combina a intensidade da sintomatologia com o número de sintomas presentes.

O cálculo dos três índices globais deverá obedecer às seguintes fórmulas: IGS – somam-se as pontuações de todos os itens e, seguidamente, o somatório é dividido pelo número total de respostas (53, se não existirem respostas em branco); TSP – obtém-se contando o número de respostas positivas, isto é, diferentes de zero; ISP – calcula-se dividindo a soma de todos os itens pelo TSP.

Os estudos psicométricos efectuados na versão portuguesa revelaram que esta apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove escalas, com valores de alfa entre .62 (psicoticismo) e .80 (somatização) e coeficientes de teste-reteste entre 0.63 (ideação paranóide) e 0.81 (depressão). É também adequado o comportamento dos itens na escala a que pertencem e os índices de fiabilidade das escalas (Canavarro, 1999).

Foram encontrados, pela autora que temos vindo a citar, dados abonatórios da validade do instrumento através de correlações de Spearman entre itens, sendo todas as correlações significativas para $p < .001$. A validade discriminativa do BSI foi confirmada através da análise da função discriminante, em que foram colocadas como variáveis discriminativas as pontuações obtidas nas escalas do BSI e nos três índices gerais e como variável dependente a saúde mental. A função revelou-se estatisticamente significativa na sua globalidade, sendo todos os F 's altamente significativos.

As pontuações obtidas no BSI e expressas no Quadro 9 permitem discriminar entre indivíduos perturbados emocionalmente e indivíduos pertencentes à população geral.

Quadro 9. Estatística descritiva para as pontuações do BSI*

<i>Variáveis</i>	<i>Ind. pop. geral</i>		<i>Ind. pert. emoc.</i>	
	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>
Somatização	0.57	0.92	1.36	1.00
Obsessões-Compulsões	1.29	0.88	1.92	0.93
Sensibilidade Interpessoal	0.96	0.73	1.60	1.03
Depressão	0.89	0.72	1.83	1.05
Ansiedade	0.94	0.77	1.75	0.94
Hostilidade	0.89	0.78	1.41	0.90
Ansiedade Fóbica	0.42	0.66	1.02	0.93
Ideação Paranóide	1.06	0.79	1.53	0.85
Psicoticismo	0.67	0.61	1.40	0.83
IGS	0.84	0.48	1.43	0.71
TSP	26.99	11.72	37.35	12.17
ISP	1.56	0.39	2.11	0.60

*Fonte: Canavarro (1999).

No quadro acima apresentado encontram-se as estatísticas descritivas para as pontuações da escala nas suas dimensões e índices globais para os indivíduos referidos.

3.2.5.1. Características psicométricas do BSI no primeiro estudo

Tal como preconizado por Canavarro (1999), foi feito o estudo da consistência interna do BSI, com a análise do alfa de Cronbach e da correlação item-total corrigido (correlação entre o índice e a nota global) para a amostra feminina e para a amostra masculina (Apêndice A2-4.1, Quadros 23 e 24).

No Quadro 10, podem observar-se os valores do alfa de Cronbach das nove dimensões na versão portuguesa e nas mulheres e homens da amostra em estudo. Estes variam entre .71 (ansiedade fóbica – mulheres) e .86 (sensibilidade interpessoal – mulheres), apresentando bons valores de consistência interna.

Quadro 10. Alfa de Cronbach das dimensões do BSI, em mulheres e em homens, no primeiro estudo e na versão portuguesa

<i>BSI dimensões</i>	<i>Mulheres</i>	<i>Homens</i>	<i>Versão portuguesa</i>
Somatização	.81	.81	.80
Obsessões Compulsões	.81	.77	.77
Sensibilidade interpessoal	.86	.77	.76
Depressão	.83	.85	.73
Ansiedade	.81	.77	.77
Hostilidade	.80	.79	.76
Ansiedade Fóbica	.71	.78	.62
Ideação Paranóide	.82	.79	.72
Psicoticismo	.77	.76	.62

A análise dos resultados descritivos do BSI mostrou que as mulheres pontuam mais do que os homens nos valores médios em todas as dimensões, totais e índice obtidos, à excepção da ideação paranóide, conforme se pode observar no Quadro 11. Este é o único sintoma que apresenta valores médios mais baixos nas mulheres ($M = 0.69$, $DP = 0.60$) do que nos homens ($M = 0.73$, $DP = 0.60$).

Os índices globais, designadamente, o IGS, o TSP e o ISP são menores nos homens do que nas mulheres, em todos os valores obtidos. O BSI, em todos os sintomas e índices globais, afasta-se da curva de normalidade com $p < .05$ e SW e $K > .05$.

Quadro 11. Medidas descritivas e teste de normalidade observadas no BSI e suas dimensões, em mulheres e homens (n = 380), no primeiro estudo

<i>BSI / Dimensões</i>		<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>DP</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>K</i>	<i>SW</i>	<i>KS</i>	<i>p</i>
Somatização (7 itens)	Mulheres	0.53	0.29	0.57	0.00	3.00	2.78	1.56	0.18	.000
	Homens	0.22	0.00	0.38	0.00	2.57	8.55	2.55	0.27	.000
Obsessões- compulsões (6 itens)	Mulheres	0.72	0.67	0.59	0.00	2.83	0.50	0.87	0.12	.000
	Homens	0.62	0.67	0.51	0.00	2.67	1.03	1.02	0.13	.000
Sensibilidade interpessoal (4 itens)	Mulheres	0.52	0.25	0.66	0.00	4.00	3.37	1.68	0.22	.000
	Homens	0.40	0.25	0.54	0.00	3.25	4.21	1.88	0.24	.000
Depressão (6 itens)	Mulheres	0.46	0.17	0.59	0.00	3.17	3.47	1.82	0.23	.000
	Homens	0.30	0.17	0.49	0.00	3.17	7.92	2.53	0.26	.000
Ansiedade (6 itens)	Mulheres	0.51	0.33	0.54	0.00	2.83	2.70	1.58	0.19	.000
	Homens	0.34	0.17	0.44	0.00	3.33	11.57	2.73	4.45	.000
Hostilidade (5 itens)	Mulheres	0.57	0.40	0.57	0.00	3.60	3.71	1.67	0.19	.000
	Homens	0.45	0.40	0.53	0.00	3.60	5.14	1.88	0.19	.000
Ansiedade fóbica (5 itens)	Mulheres	0.30	0.20	0.44	0.00	2.20	3.81	1.92	0.26	.000
	Homens	0.15	0.00	0.36	0.00	3.20	23.33	4.13	0.34	.000
Ideação paranóide (5 itens)	Mulheres	0.69	0.60	0.68	0.00	3.00	0.37	1.01	0.16	.000
	Homens	0.73	0.60	0.70	0.00	3.80	1.69	1.21	0.15	.000
Psicoticismo (5 itens)	Mulheres	0.36	0.20	0.50	0.00	3.00	4.59	1.96	0.23	.000
	Homens	0.29	0.20	0.46	0.00	3.40	9.70	2.65	0.26	.000
Índice Geral de Sintomas	Mulheres	0.53	0.40	0.48	0.00	2.60	2.11	1.40	0.14	.000
	Homens	0.38	0.28	0.41	0.02	3.02	8.30	2.33	0.17	.000
Total Sintomas Positivos	Mulheres	18.91	17.00	13.63	0.00	53.00	-0.72	0.56	0.10	.000
	Homens	14.52	12.00	12.15	1.00	53.00	0.15	0.93	0.12	.000
Índice Sintomas Positivos	Mulheres	1.35	1.27	0.42	0.00	4.00	6.19	1.06	0.19	.000
	Homens	1.29	1.18	0.36	1.00	3.08	4.76	0.94	0.21	.000

Os valores obtidos nas dimensões e nos índices globais do BSI, quer por mulheres quer por homens durante a gravidez, encontram-se abaixo dos valores médios indicados para a população portuguesa em geral, conforme se pode observar através do Quadro 9 atrás apresentado.

3.2.5.2. Características psicométricas do BSI no terceiro estudo

O BSI, neste estudo, continua a mostrar bons níveis de consistência interna nas dimensões em mulheres e em homens, respectivamente: Somatização (.89 e .84); Obsessões-Compulsões (.82 e .82); Sensibilidade interpessoal (.88 e .82); Depressão (.89 e .85); Ansiedade (.85 e .85); Hostilidade (.85 e .84); Ansiedade Fóbica (.77 e .68); Ideação Paranóide (.79 e .84); Psicoticismo (.82 e .70), conforme se pode observar no Apêndice A2-4.2, Quadros 25 e 26.

Na ansiedade fóbica, na amostra dos homens deste estudo, o item 28 baixa o alfa de Cronbach. A sua retirada seria vantajosa nesta amostra, com subida da consistência interna para .73. Tal não foi feito porque iria alterar a dimensão em relação ao primeiro estudo, cuja consistência foi medida com uma amostra grande, o que não acontece neste caso e porque o conteúdo do item está de acordo com o conjunto dos itens da dimensão.

A análise dos resultados descritivos do BSI, no terceiro estudo, mostrou que as mulheres pontuam mais do que os homens nos valores médios de todos os sintomas e totais obtidos, como se pode observar no Quadro 12, nomeadamente na ideação paranóide, onde os homens pontuavam mais do que as mulheres na amostra estudada durante a gravidez. Este sintoma, nas mulheres, aumentou para valores superiores aos observados nos homens. Entre os dois períodos pré e pós natal, nos homens, este indicador teve também uma ligeira subida.

Quadro 12. Medidas descritivas e teste de normalidade observadas no BSI e suas dimensões, em mulheres e homens (n = 67), no terceiro estudo

<i>BSI / Dimensões</i>		<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>K</i>	<i>SW</i>	<i>KS</i>	<i>P</i>
Somatização (7 itens)	Mulheres	0.49	0.26	0.65	0.00	3.14	5.24	2.17	1.85	.002
	Homens	0.19	0.09	0.35	0.00	1.86	10.04	3.01	2.53	.000
Obsessões-compulsões (6 itens)	Mulheres	0.93	0.79	0.71	0.00	3.17	0.30	0.78	1.12	.163
	Homens	0.59	0.46	0.57	0.00	2.67	1.69	1.19	1.30	.070
Sensibilidade interpessoal (4 itens)	Mulheres	0.56	0.31	0.71	0.00	3.50	3.61	1.71	1.78	.003
	Homens	0.39	0.23	0.53	0.00	2.75	5.44	2.06	1.87	.002
Depressão (6 itens)	Mulheres	0.45	0.19	0.67	0.00	3.17	4.63	2.15	2.68	.000
	Homens	0.26	0.12	0.48	0.00	3.00	16.55	3.53	2.37	.000
Ansiedade (6 itens)	Mulheres	0.49	0.33	0.58	0.00	3.00	5.81	2.13	1.61	.011
	Homens	0.31	0.19	0.50	0.00	3.50	24.50	4.26	2.17	.000
Hostilidade (5 itens)	Mulheres	0.65	0.43	0.68	0.00	3.80	6.40	2.13	1.74	.005
	Homens	0.41	0.26	0.54	0.00	2.80	7.65	2.46	1.82	.003
Ansiedade fóbica (5 itens)	Mulheres	0.30	0.12	0.50	0.00	2.00	3.42	2.01	2.39	.000
	Homens	0.11	0.05	0.26	0.00	1.20	6.38	2.62	3.77	.000
Ideação paranóide (5 itens)	Mulheres	0.78	0.63	0.70	0.00	3.00	0.11	0.80	1.27	.080
	Homens	0.76	0.58	0.75	0.00	3.40	1.13	1.10	1.39	.043
Psicoticismo (5 itens)	Mulheres	0.46	0.21	0.66	0.00	3.00	4.71	2.12	2.03	.001
	Homens	0.29	0.16	0.44	0.00	2.40	8.17	2.47	2.05	.000
Índice Geral de Sintomas	Mulheres	0.57	0.41	0.57	0.00	2.66	3.61	1.77	1.29	.073
	Homens	0.37	0.25	0.41	0.00	2.36	8.57	2.41	1.48	.025
Total Sintomas Positivos	Mulheres	3.18	0.19	9.18	0.00	53.00	11.26	3.34	9.60	.000
	Homens	2.23	0.17	6.98	0.00	49.00	16.47	3.87	9.59	.000
Índice Sintomas Positivos	Mulheres	1,40	1,25	0,44	1,00	2,92	3,22	1,69	1,48	.025
	Homens	1,31	1,24	0,36	1,00	2,55	2,35	1,63	1,58	.013

No Quadro 12, destacamos os valores médios de somatização nas mulheres, com $M = 0.49$ ($DP = 0.65$), valores inferiores aos da amostra estudada durante a gravidez. Nos homens, os valores da somatização ($M = 0.19$, $DP = 0.35$) são também mais baixos do que os apresentados pela amostra masculina na gravidez.

A dimensão obsessões-compulsões, nestas mulheres, em média, foi superior em relação à avaliada no período pré-natal ($M = 0.93$, $DP = 0.71$). Nos homens que já são pais,

a média ($M = 0.59$, $DP = 0.57$) situa-se ligeiramente abaixo dos valores obtidos pelos homens na gravidez.

A dimensão sensibilidade interpessoal subiu ligeiramente em relação às mulheres que preencheram o BSI na gravidez ($M = 0.56$, $DP = 0.71$). Nos homens, a sensibilidade interpessoal mantém-se abaixo dos valores femininos e próxima dos valores encontrados nos homens no período pré-natal ($M = 0.39$, $DP = 0.53$). Quanto à depressão, em média, as mulheres neste estudo ($M = 0.45$, $DP = 0.67$), mantêm níveis semelhantes aos das mulheres grávidas e, nos homens, os valores de depressão decresceram ligeiramente ($M = 0.26$, $DP = 0.48$), em relação aos valores obtidos pelos homens avaliados na gravidez.

A ansiedade nas mulheres no período pós-natal é, em média, 0.49 ($DP = 0.58$) e, nos homens, $M = 0.31$ ($DP = 0.50$). Estes valores são mais baixos do que os encontrados durante a gravidez. A hostilidade, neste período, tem valores superiores nas mulheres ($M = 0.65$, $DP = 0.68$) em relação às inquiridas no período pré-natal; nos homens, a média é inferior neste período ($M = 0.41$, $DP = 0.54$). No que se refere à ansiedade fóbica, nas mulheres, aquela variável mantém o mesmo nível ($M = 0.30$, $DP = 0.50$). Nos homens é mais reduzida neste período ($M = 0.11$, $DP = 0.26$) do que foi para os homens que constituíram a amostra na gravidez.

No que se refere à ideação paranóide, esta apresenta, nas mulheres, valores mais altos ($M = 0.78$, $DP = 0.70$) do que os encontrados nas mulheres no período pré-natal. Nos homens, os níveis são superiores ($M = 0.76$, $DP = 0.75$) aos obtidos na gravidez, mas inferiores aos obtidos pelas mulheres neste estudo. O psicoticismo é superior nas mulheres, no período pós-natal ($M = 0.46$, $DP = 0.66$), em relação aos valores obtidos pelas mulheres no momento pré-natal e também é mais elevado do que os valores obtidos pelos homens ($M = 0.29$; $DP = 0.44$). Os homens mantêm os mesmos valores médios de psicoticismo nos dois períodos.

O IGS registou os seguintes valores, nas mulheres, $M = 0.57$ ($DP = 0.57$). Nos homens, tal como se pode observar no Quadro 12, os valores foram mais baixos do que os das mulheres ($M = 0.37$, $DP = 0.41$). O TSP observado foi superior nas mulheres em relação aos homens, mas mais baixo neste período do que na avaliação da amostra no estudo anterior. Nos homens, há também uma redução no TSP que continua, também, a ser inferior ao das mulheres. O ISP é menor nos homens do que nas mulheres, em todos os valores obtidos. Nas mulheres, no período pós-natal, aquele indicador subiu em relação às grávidas. Nos homens, também subiu ligeiramente em relação ao período de gravidez.

Os valores obtidos nos sintomas do BSI e nos índices globais, quer por mulheres quer por homens, encontram-se abaixo dos valores médios indicados para a população portuguesa geral, conforme se pode observar no Quadro 9, atrás apresentado.

As dimensões obsessões-compulsões e ideação paranóide, em mulheres e homens, e o IGS em mulheres, ajustam-se à curva de normalidade ($p > .05$). Os restantes sintomas e índices globais afastam-se da curva de normalidade.

3.2.6. Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal – EASAVIC

A Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal – EASAVIC (Narciso & Costa, 1996) tem como objectivo a avaliação da satisfação em áreas da vida conjugal e aplica-se a indivíduos casados ou em união de facto. É do tipo auto-avaliação e requer 10 minutos para o seu preenchimento. Cada item é respondido numa escala de Likert em seis pontos, o que permite que cada indivíduo avalie a sua satisfação escolhendo uma possibilidade entre Nada Satisfeito (1) e Completamente Satisfeito (6). Esta avaliação é feita por cada cônjuge em relação ao casamento, evitando assim um critério de avaliação externo aos indivíduos. O estudo da escala foi realizado a partir da sua aplicação a uma amostra de 219 indivíduos casados.

A cotação total faz-se com a soma da cotação de todos os itens, sendo o valor médio da amostra o valor de referência da mesma.

A escala é constituída por 44 itens que correspondem a dois factores principais, o “Amor” e o “Funcionamento do Casal”. Para cada factor, existem cinco áreas que a seguir se enunciam.

Factor 1 – Amor (itens 19 a 44): Sentimentos e Expressão de Sentimentos – SES, sentimento que cada um nutre pelo outro, modo como cada um expressa os sentimentos pelo outro, admiração que cada um sente pelo outro (6 itens: 19, 20, 21, 22, 23, 24); Sexualidade – SEX, frequência e qualidade das relações sexuais, desejo sexual de cada um pelo outro, prazer de cada um nas relações sexuais (6 itens: 25, 26, 27, 28, 29, 30); Intimidade Emocional – IE, apoio emocional mútuo, confiança mútua, partilha de interesses e actividades, atenção que cada um dedica aos interesses do outro (7 itens: 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37); Continuidade da Relação – C, projecto para o futuro, expectativa de cada um quanto ao futuro da relação (3 itens: 38, 39, 40); Características Físicas e Psicológicas –

CFP, opinião que cada um tem sobre o aspecto físico, características e hábitos do outro (4 itens: 41, 42, 43, 44).

Factor 2 – Funcionamento do Casal (itens 1 a 18): Funções Familiares – FF, gestão financeira, tarefas domésticas, decisões, responsabilidades (4 itens: 1, 2, 3, 4); Tempos Livres – TL, quantidade e qualidade (2 itens: 5, 6); Autonomia/Privacidade – AUT, de cada um (2 itens: 12, 13); Relações Extra-Familiares – REF, relações com os amigos, com a família de origem de cada um e com a profissão de cada um (5 itens: 7, 8, 9, 10, 11); Comunicação e Conflitos – CC, qualidade, frequência e tema de diálogo; frequência de conflitos e resolução dos mesmos (5 itens: 14, 15, 16, 17, 18).

Quando pedem aos indivíduos que avaliem o seu grau de satisfação em cada um dos 44 itens, as autoras pretendem seguir a definição de satisfação conjugal de Thompson (1988): “avaliação pessoal e subjectiva da conjugalidade, quer em relação ao amor, quer em relação ao funcionamento conjugal” (Thompson, 1988, cit. in Narciso & Costa, 1996, p. 116) e, para o amor seguem a definição de Sternberg e Barnes (1988, op cit., p. 117) “o amor são os sentimentos que cada um nutre pelo outro e/ou pela relação estando presentes de um modo mais ou menos explícito, atributos inerentes aos componentes essenciais do amor: paixão, intimidade e investimento/compromisso”. O funcionamento do casal (ou apenas funcionamento conjugal) foi definido pelo modo como se organizam e regulam as relações no holon conjugal e/ou familiar e as relações sistémicas extra-familiares (Narciso & Costa, 1996, p. 117).

Dos 44 itens da escala, 16 representam zonas cujo foco é o casal (relação) (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 25, 28, 35 e 38), 14 representam zonas cujo foco é o outro (parceiro) (8, 11, 13, 20, 22, 24, 27, 30, 32, 34, 37, 40, 42 e 44) e 14 representam zonas cujo foco é o próprio (si) (9, 10, 12, 19, 21, 23, 26, 29, 31, 33, 36, 39, 41 e 43).

Os coeficientes α encontrados para cada um dos factores foram muito elevados (.97 para o factor amor e .90 para o factor funcionamento do casal), indiciando uma elevada consistência interna.

3.2.6.1. Características psicométricas da EASAVIC no primeiro estudo

A fiabilidade e a validade foram estudadas nas amostras feminina e masculina. Os resultados são semelhantes aos apresentados pelas autoras. A análise factorial de componentes principais, seguida de rotação varimax, confirmou a presença de duas

dimensões: a dimensão funcionamento do casal, formada por 18 itens (de 1 a 18) e a dimensão amor, com 26 itens (de 19 a 44). Quer a escala total, de 44 itens, quer as dimensões, têm elevada consistência interna nas duas amostras (Apêndice A2-5.1 e A2-5.2).

Na amostra feminina, a solução bifactorial (com $KMO = 0.96$ e BTS significativo para $p < .001$), tem um total de variância explicada de 56.9% e o alfa de Cronbach para o total da escala (44 itens) foi de .98. A dimensão funcionamento do casal tem valor próprio de 2.52 e alfa de Cronbach de .95, enquanto a dimensão amor tem o valor próprio de 22.51 e o alfa de Cronbach é .97 (Apêndice A2-5.1.a, A2-5.1.b e A2-5.1.c, Quadros 27 a 30).

A amostra masculina apresentou características idênticas. Confirmou as duas dimensões (com $KMO = 0.95$ e BTS significativo para $p < .001$), com um total de variância explicada de 53.7%. Quanto à consistência interna nesta amostra, a EASAVIC total tem um alfa de .97; na dimensão funcionamento do casal o alfa é .94 e, na dimensão amor, esse valor é .97. Os valores próprios são 2.93 e 20.71, respectivamente, em mulheres e em homens, conforme se pode ver no Apêndice A2-5.2.a e A2-5.2.b, nos Quadros 31 a 33.

As medidas descritivas da EASAVIC e suas dimensões e as zonas cujo foco é o casal, o outro ou o próprio, para mulheres e para homens, evidenciaram resultados, em média, mais elevados e de maior amplitude nas mulheres, excepto na zona onde o foco é o próprio, cuja média é superior nos homens tal como se constata no Quadro 13.

Quadro 13. Medidas descritivas e teste de normalidade observadas na EASAVIC e suas dimensões, em mulheres e homens, no primeiro estudo

<i>EASAVIC / Dimensões</i>		<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>K</i>	<i>SW</i>	<i>KS</i>	<i>p</i>
Funcionamento Conjugal (18 itens)	Mulheres	80.10	82.00	15.43	26.00	108.00	-0.05	-0.52	0.08	.000
	Homens	78.52	77.00	14.21	36.00	108.00	-0.35	-0.08	0.08	.000
Amor (26 itens)	Mulheres	131.40	134.00	18.48	43.00	156.00	0.99	-0.87	0.09	.000
	Homens	130.49	132.00	18.15	52.00	156.00	0.78	-0.86	0.09	.000
Casal (16 itens)	Mulheres	71.63	73.00	13.40	19.00	96.00	-0.02	-0.50	1.24	.091
	Homens	70.20	69.00	12.19	32.00	96.00	-0.21	-0.07	0.97	.300
Próprio (14 itens)	Mulheres	65.55	67.00	9.06	23.00	84.00	0.85	-0.83	1.73	.005
	Homens	70.04	71.00	9.38	30.00	84.00	0.58	-0.75	1.48	.003
Outro (14 itens)	Mulheres	69.58	71.00	10.31	26.00	84.00	0.51	-0.79	1.74	.005
	Homens	68.77	70.00	10.20	28.00	84.00	0.72	-0.85	1.66	.009
Global (44 itens)	Mulheres	211.50	217.00	32.27	69.00	264.00	0.36	-0.67	0.07	.000
	Homens	209.01	210.00	30.31	91.00	264.00	0.21	-0.50	0.04	.000

A dimensão funcionamento do casal pontuou, em média, nas mulheres e nos homens, respectivamente, $M = 80.10$ ($DP = 15.43$) e $M = 78.52$ ($DP = 14.21$). Na dimensão amor, a média nas mulheres foi igual a 131.40 ($DP = 18.48$). Nos homens foi de 130.49 ($DP = 18.15$). O mesmo se observou nas zonas cujo foco é o casal. A média observada nas mulheres foi 71.63 ($DP = 13.40$) e, nos homens, a média foi 70.20 ($DP = 12.19$).

Na zona cujo foco é o próprio, ao contrário da tendência observada em todas as dimensões estudadas na escala, a média nas mulheres foi inferior à obtida pelos homens ($M = 65.55$, $DP = 9.06$ e $M = 70.04$, $DP = 9.38$, respectivamente). Quando o foco é o outro, as mulheres voltam a pontuar acima dos valores obtidos pelos homens, com valores, em média, de 69.58 ($DP = 10.31$). Os homens apresentam, em média, 68.77 pontos ($DP = 10.31$) e menor amplitude nesses valores.

Ao analisar a escala global, encontramos as mesmas características, com valores médios nas mulheres ($M = 211.50$; $DP = 32.27$) superiores aos obtidos pelos homens ($M = 209.01$; $DP = 30.31$). As mulheres têm valores de satisfação com as áreas da vida conjugal superiores aos homens, excepto quando o foco dessa satisfação é o próprio.

O pressuposto da normalidade pode ser admitido pelas medidas de assimetria e achatamento evidenciadas, apesar de o teste de *K-S* apenas ter um *p* não significativo na zona focada no casal na amostra feminina e masculina.

3.2.6.2. Características psicométricas da EASAVIC no terceiro estudo

No terceiro estudo, a fiabilidade da escala, analisada através do valor alfa de Cronbach, mantém valores de elevada consistência interna. A EASAVIC global, na amostra feminina, tem um valor alfa de $.97$, na dimensão funcionamento do casal esse valor é $.92$ e na dimensão amor o alfa de Cronbach é $.97$. Na zona focada no casal, no outro e no próprio, o alfa é $.93$ em cada foco. Todas as correlações item-total corrigido são elevadas (Apêndice A2-5.3.a, Quadros 34 a 36).

Na amostra masculina, encontramos características semelhantes; a escala global nos homens tem elevada consistência interna (alfa de Cronbach = $.98$), no funcionamento do casal o alfa é $.96$ e na dimensão amor é $.97$. As zonas focadas no casal, no outro e no próprio têm consistências internas muito elevadas, com alfa de Cronbach de $.94$, $.96$ e $.93$, respectivamente. Todas as correlações item-total corrigido são elevadas (Apêndice A2-5.3.b, Quadros 37 a 39).

Relativamente às estatísticas descritivas da escala, em mulheres e em homens neste estudo (cf. Quadro 14), e observando os resultados obtidos no período pós-natal, constatamos que as mulheres estão em geral menos satisfeitas com a vida conjugal do que os homens. Observam-se resultados muito idênticos no amor. Comparando com o período pré-natal, as mulheres estão menos satisfeitas com a vida conjugal global assim como nas suas dimensões e zonas do que no período pré-natal, excepto na zona do próprio que é ligeiramente mais elevada agora.

Quadro 14. Medidas descritivas e teste de normalidade observadas na EASAVIC e suas dimensões, em mulheres e homens, no terceiro estudo

EASAVIC / Dimensões		<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>K</i>	<i>SW</i>	<i>KS</i>	<i>p</i>
Funcionamento Conjugal (18 itens)	Mulheres	73.36	74.00	13.51	38.00	101.00	-0.002	-0.15	0.45	.986
	Homens	75.55	75.00	15.24	31.00	106.00	0.49	-0.46	0.73	.663
Amor (26 itens)	Mulheres	122.16	126.00	21.98	54.00	155.00	0.12	-0.99	1.14	.151
	Homens	122.00	124.50	21.72	58.00	156.00	0.54	-0.76	0.88	.423
Casal (16 itens)	Mulheres	64.81	66.00	13.22	33.00	92.00	-0.19	-0.41	0.60	.862
	Homens	65.81	66.00	13.28	29.00	94.00	0.32	-0.43	0.68	.744
Próprio (14 itens)	Mulheres	66.13	68.00	10.56	35.00	84.00	0.60	-0.75	1.00	.273
	Homens	66.34	67.00	10.85	36.00	84.00	0.25	-0.75	0.89	.408
Outro (14 itens)	Mulheres	64.58	66.00	11.03	23.00	84.00	2.19	-1.09	0.82	.512
	Homens	65.33	65.50	12.19	24.00	84.00	1.18	-0.76	0.57	.900
Global (44 itens)	Mulheres	195.52	201.00	33.43	92.00	256.00	0.75	-0.74	0.73	.658
	Homens	197.88	197.00	34.84	89.00	256.00	0.78	-0.72	0.92	.362

Na dimensão funcionamento do casal, a mulher mostra-se menos satisfeita, em média ($M = 73.36$, $DP = 13.51$), do que o homem, no mesmo momento ($M = 75.55$, $DP = 15.24$). Na dimensão amor, mulheres e homens apresentam, em média, resultados muito semelhantes no período pós-natal, embora mais baixos do que aqueles que manifestaram durante a gravidez (Mulheres, $M = 122.16$, $DP = 21.98$; Homens, $M = 122.00$, $DP = 21.72$).

Nas zonas em que o foco é o casal, o outro ou o próprio, os valores mostrados por homens e mulheres são muito semelhantes, em média. Nas mulheres e homens, respectivamente, para o foco casal, esses valores são: $M = 64.81$ ($DP = 13.22$) e $M = 65.81$ ($DP = 13.28$). Nos valores do foco no próprio, as mulheres continuam a ter uma média ($M = 66.13$, $DP = 10.56$) inferior à dos homens ($M = 66.34$, $DP = 10.85$). Os resultados obtidos quando o foco é o outro, são mais baixos na mulher ($M = 64.58$, $DP = 11.03$) do que os

observados nos homens ($M = 65.33$, $DP = 12.19$). Isto evidencia que as mulheres, neste período, estão menos focada nos seus companheiros do que aquilo que podemos imaginar em relação aos homens.

Tanto as mulheres como os homens estavam, no entanto, mais satisfeitos com a conjugalidade durante a gravidez, globalmente, nas dimensões funcionamento do casal e amor e nas zonas focadas no casal e no outro. Na zona cujo foco é o próprio, a mulher está agora mais satisfeita do que na gravidez, o que não acontece com o seu cônjuge/companheiro, que mostra um decréscimo neste valor, do primeiro para o segundo período.

Na escala global e em todas as dimensões, cumpre-se o pressuposto da normalidade nesta amostra.

3.2.7. Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale - MPAAS

A Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale - MPAAS (Condon, 1993) traduzida e adaptada para português como Escala de Vinculação Pré-Natal Materna e Paterna (Camarneiro & Justo, 2007, 2010) é constituída por duas escalas, uma que avalia a vinculação entre a mãe e o feto e outra que avalia a vinculação entre o pai e o feto.

As escalas, criadas por Condon (1993) avaliam o constructo “vinculação pré-natal”. Segundo o autor, a criação das escalas deveu-se à falta de instrumentos que discriminassem adequadamente as diferenças entre atitude para com o feto *de per se* e atitude face à gravidez ou papel maternal. O autor partiu de um modelo hierárquico da vinculação do adulto, aplicado à vinculação parental no período pré-natal, como base para a construção das escalas, como foi atrás apresentado na fundamentação teórica.

A Maternal Antenatal Attachment Scale – MAAS (Escala de Vinculação Pré-Natal Materna - EVPNM) é constituída por 19 questões e a Paternal Antenatal Attachment Scale - PAAS (Escala de Vinculação Pré-Natal Paterna - EVPNP) contém 16 questões. Cada escala contempla duas dimensões, ou sub-escalas: a Qualidade da Vinculação (QV) e o Tempo Despendido no Modo de Vinculação ou Intensidade da Preocupação (IP). Os itens da escala são cotados de 1 (baixa vinculação) a 5 (alta vinculação).

Quanto à estrutura dos factores na versão original (Condon, 1993), para a Maternal Antenatal Attachment Scale, temos os seguintes itens (os itens entre parênteses são invertidos para serem cotados em sentido contrário): dimensão 1 – Qualidade da

Vinculação Materna (QVM) – itens (3), (6), (9), (10), 11, (12), 13, (15), (16), 19 e dimensão 2 – Tempo Despendido no Modo de Vinculação ou Intensidade da Preocupação Materna (IPM) – itens (1), 2, 4, (5), 8, 14, 17, (18). O item 7 não é suficientemente forte para pertencer aos factores, pelo que, segundo o autor, é usualmente incluído apenas no valor global da vinculação. Pela análise de conteúdo do item, a sua cotação deve ser invertida.

No caso da Paternal Antenatal Attachment Scale – PAAS (Escala de Vinculação Pré-Natal Paterna - EVPNP), a distribuição de itens é a seguinte: dimensão 1- Qualidade da Vinculação Paterna (QVP): itens (1), 2, (3), (7), 9, 11, 12 e 16. Pela análise de conteúdo, o item 12 deve ser invertido (12), embora esta sugestão não seja feita pelo autor; dimensão 2- Tempo Despendido no Modo de Vinculação ou Intensidade da Preocupação Paterna (IPP): itens 4, (5), (8), 10, 14 e (15). Segundo o autor, os itens 6 e 13 não pertencem a qualquer factor, pelo que são incluídos apenas no valor global da escala. Pela análise de conteúdo dos itens, a sua cotação deve ser invertida (6) e (13).

A consistência interna apresentada por Condon (1993) foi de .82 na escala materna e de .83 na escala paterna. Os alfas de Cronbach das dimensões não foram apresentados pelo autor.

Segundo o autor, a presença de dois factores mostra que a qualidade da vinculação tende a ser independente da intensidade da preocupação (ou tempo despendido no modo de vinculação). Assim, a partir da análise das dimensões e do seu cruzamento, é possível definir quatro padrões de vinculação pré-natal, materna e paterna, de acordo com o quadrante em que o progenitor se situa. Os padrões ou estilos de vinculação pré-natal propostos podem ser visualizados na Figura 4 e definem-se de acordo com as descrições seguintes:

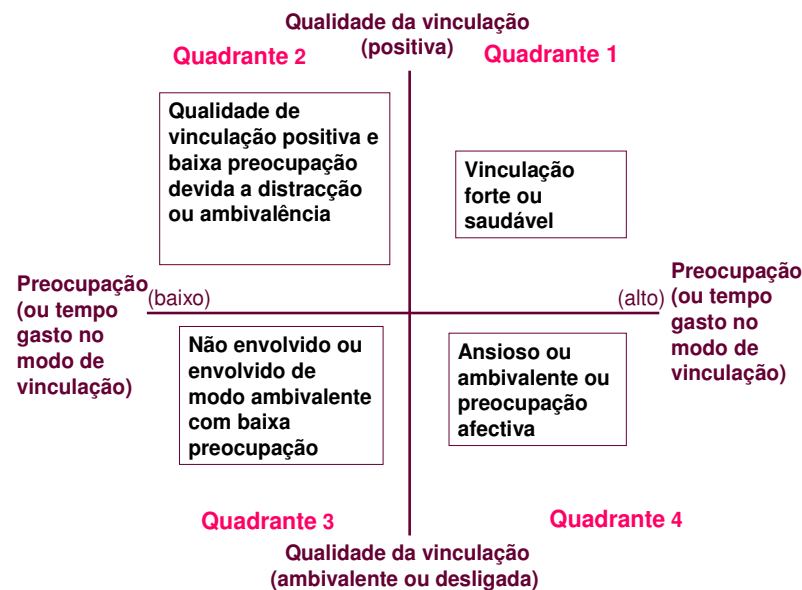
- Vinculação forte ou saudável (Quadrante 1): pais muito preocupados com o feto e cuja intensidade da preocupação é acompanhada por sentimentos de proximidade, ternura, desejo do bebé, etc.

- Qualidade de vinculação positiva e baixa preocupação devida a distração ou ambivalência (Quadrante 2): pais com vinculação afectiva positiva semelhante à dos pais do Quadrante 1 mas, apesar disso, despendendo menos tempo em experiências satisfatórias de vinculação. As múltiparas podem estar amplamente representadas neste quadrante, porque têm menos tempo para estas experiências. Mulheres para quem estas experiências muito intensas podem ser sentidas como sufocantes (pelo medo de perder o bebé), podem também estar neste quadrante.

- Não envolvido ou envolvido de modo ambivalente com baixa preocupação (Quadrante 3): pais que gastam pouco tempo a pensarem no feto ou que experimentam poucos afectos positivos associados à vinculação. São muito desligados e interessam-se pouco pelo feto ou têm sentimentos ambivalentes, sentindo que este os sufoca e, portanto, a sua existência tem que ser suprimida.

- Ansioso, ambivalente ou preocupação afectiva (Quadrante 4): pais preocupados com o feto mas com baixa afectividade, a qual é acompanhada de ambivalência. São desprovidos de afectos de prazer ou de antecipação positiva. Possivelmente, um desinteresse intelectual pelo feto caracteriza este grupo. Em alternativa, podem aparecer sentimentos ambivalentes ou preocupação ansiosa.

Figura 4. Padrões de vinculação pré-natais maternos e paternos obtidos a partir do cruzamento das dimensões da Escala de Vinculação Pré-Natal *



* Fonte: Condon, 1993

A psicometria da escala tem sido desenvolvida ao longo de várias investigações e em diferentes países, sendo que os resultados nem sempre são congruentes com os resultados originais. Num estudo de Schwerdtfeger e Goff (2007) citado por Bergh e Simons (2009), na versão materna, as dimensões explicam 39% da variância e o alfa de Cronbach é de .69. Kunkel e Doan (2003) utilizaram a MPAAS num estudo com grávidas de idade gestacional superior a treze semanas e com os seus companheiros. A correlação

entre a versão materna e paterna foi de .80. Neste estudo, as mulheres pontuaram significativamente mais do que os homens em todas as medidas de vinculação pré-natal (global e dimensões).

Hart e McMahon (2006) utilizaram a escala numa amostra de grávidas de baixo risco e consideraram que, para a escala total, um valor acima de 76 significava alta vinculação e, abaixo do mesmo, baixa vinculação. Na qualidade da vinculação, se o valor estava acima de 49 considerava-se que aquela era positiva e, abaixo, considera-se negativa. A intensidade da preocupação seria considerada adequada acima de 27 e desinteressada se estivesse abaixo desse valor. Os resultados obtidos pelos autores foram os seguintes: na escala total, $M = 77.83$ ($DP = 6.67$, $Min. = 63.00$, $Max. = 92.00$), com 40% das grávidas a pontuarem abaixo do valor determinado (76.00); na qualidade da vinculação, $M = 48.94$ ($DP = 3.71$, $Min. = 40.00$, $Max. = 55.00$) e na intensidade da preocupação, $M = 24.31$ ($DP = 3.28$, $Min. = 18.00$, $Max. = 32.00$). A maioria ($n = 44$) pontuou no nível desinteressado (84.6%) e 15.4% mostrou preocupação com o feto (nível acima de 27.00).

White, McCorry, Scott-Heyes, Dempster e Manderson (2008) utilizaram a MAAS em 87 grávidas de risco. O alfa de Cronbach encontrado na escala total foi superior a .80. Brandon et al. (2008) também utilizaram a MAAS numa amostra de grávidas de alto risco obstétrico materno ou fetal ($N = 129$) e obtiveram alfas de Cronbach para as dimensões da escala de .90 e .76, respectivamente para a qualidade da vinculação e para a intensidade da preocupação, utilizando os itens propostos pelo autor. Enquanto a média da escala global foi de 78.00 ($Min. = 59.00$, $Max. = 91.00$), na qualidade da vinculação apurou-se uma média de 46.00 ($Min. = 33.00$, $Max. = 50.00$) e na intensidade da preocupação verificou-se um valor médio de 31.00 ($Min. = 17.00$, $Max. = 40.00$).

Kunkel e Doan (2003) examinaram as relações entre a MPAAS (Condon, 1993) e a MFAS/PFAS (Cranley, 1981) e verificaram o seguinte: nas mulheres, utilizando a versão materna da MPAAS, a correlação entre a qualidade da vinculação e a intensidade da preocupação não é significativa ($r = .27$, $p > .05$) sugerindo que estas dimensões são ortogonais. A correlação entre a MFAS e a subescala qualidade da vinculação não é significativa ($r = .04$, $p > .05$). No entanto, a MFAS está moderadamente correlacionada com a intensidade da preocupação ($r = .44$, $p < .01$) e com a escala global. Nos homens, utilizando as versões paternas, a correlação entre a qualidade da vinculação e a intensidade da preocupação é moderada ($r = .46$, $p < .01$), sugerindo dimensões sobrepostas. A PFAS está moderadamente correlacionada com a qualidade da vinculação ($r = .55$, $p < .01$), com a intensidade da preocupação ($r = .47$, $p < .01$) e com a escala global ($r = .61$, $p < .01$).

Perante estes resultados, pode colocar-se a hipótese de as escalas medirem constructos diferentes.

3.2.7.1 Versão Portuguesa, a EVPNM e a EVPNP

Por não haver estudos publicados em português no momento em que iniciámos a nossa investigação, foi pedida autorização ao autor para a utilização e adaptação da escala, que foi concedida. A tradução foi feita por dois investigadores. Essas traduções foram comparadas e conjugadas. O documento foi traduzido para inglês por um terceiro psicólogo e, como não havia discrepância em relação ao original, demos por concluída a tradução da escala em português (Hill & Hill, 2000). Em seguida, fez-se a aplicação da mesma como pré-teste que não ofereceu dificuldades à compreensão por parte dos casais a quem foi aplicada e foi feito o seu estudo psicométrico com uma amostra de 212 casais, que revelou resultados interessantes, embora com algumas diferenças relativamente ao original.

A versão portuguesa (Camarneiro & Justo, 2007, 2010), adaptada com base numa amostra de 212 casais (424 sujeitos), mostrou, através do estudo da fiabilidade da escala que os itens 16 e 19 da escala materna e o item 16 da escala paterna deveriam ser retirados por apresentarem correlações item-total corrigido muito baixas. Apesar de os itens 10 e 12 da escala materna terem também valores baixos, a sua retirada baixaria a consistência interna. Assim, a escala materna ficou com 17 itens (alfa de Cronbach = .74) e a escala paterna com 15 itens (alfa de Cronbach = .81) (Camarneiro & Justo, 2010).

Para estudar a validade da escala, foi efectuada a análise factorial de componentes principais, seguida de rotação varimax, com a definição prévia de dois factores, tal como preconizado pelo autor na versão original. Pela mesma razão, não foram considerados loadings abaixo de 0.35 pelo que foram omissos. Os valores *KMO* de 0.77 e de 0.85 respectivamente nas escalas materna e paterna, e a significância do teste de esfericidade de Bartlett ($p < .001$, para ambas) permitiram utilizar o modelo. Na escala materna, os factores explicaram, em conjunto, 32.7% da variância (19.2% explicada pelo primeiro factor e 13.6% explicada pelo segundo). Na escala paterna, os dois factores encontrados explicaram 41.3% da variância (21.8% pelo primeiro factor e 19.5% pelo segundo). Após a rotação varimax, encontraram-se os itens atribuídos a cada factor ou dimensão. Decorrente desta análise, retiraram-se os itens 14 e 15 da subescala materna, pois alteravam bastante a organização bifactorial da escala, agrupando-se num terceiro factor, não previsto pelo autor.

A subescala materna, na primeira dimensão – Qualidade da Vinculação Materna (QVM) organizou-se em oito itens: 2, 3, 6, 7, 9, 11, 12 e 13 ($\alpha = .73$); A segunda dimensão – Intensidade da Preocupação Materna ou Tempo Despendido no Modo de Vinculação (IPM), organizou-se em sete itens: 1, 4, 5, 8, 10, 17 e 18 ($\alpha = .60$).

A subescala paterna, na primeira dimensão – Qualidade da Vinculação Paterna (QVP) mostrou constituir-se por nove itens: 2, 3, 6, 7, 8, 9, 11, 12 e 13 ($\alpha = .73$); a segunda dimensão – Intensidade da Preocupação Paterna ou Tempo Despendido no Modo de Vinculação (IPP) organizou-se em seis itens: 1, 4, 5, 10, 14 e 15 ($\alpha = .69$).

Um estudo de Gomez e Leal (2007), realizado com uma amostra portuguesa, sugeriu a utilização de uma medida unidimensional para ambas as escalas materna e paterna. Outro estudo de Leal e Maroco (2010) fez uma proposta bidimensional, com uma correspondência factorial idêntica à do autor.

3.2.7.2. Características psicométricas da EVPNM e da EVPNP na amostra em estudo

Na amostra em estudo na presente investigação, após a análise da consistência interna da EVPNM, foram retirados quatro itens da escala global, mais dois para além dos sugeridos nos estudos de Camarneiro e Justo (2010). A EVPNP conservou as características encontradas naquele estudo. A análise factorial com rotação varimax sustentou a solução bifactorial, em ambas as escalas, com um agrupamento dos itens idêntico ao do estudo atrás exposto, de adaptação da escala a uma amostra da população portuguesa.

EVPNM – Escala de Vinculação Pré-Natal Materna

Os itens retirados da EVPNM foram os 19, 16, 15 e 14 (tal como em Camarneiro & Justo, 2010, depois de efectuada a análise factorial). Com os 19 itens originais, a consistência interna seria .74. No entanto, quatro itens apresentaram correlações item-total corrigido abaixo de .20, contrariando o critério de Streiner e Norman (1989), pelo que foram excluídos. Primeiro os itens 16 e 19 e, depois de estes retirados, os itens 14 e 15. O alfa para a versão materna com 15 itens subiu para .75 e as correlações item-total corrigido são todas elevadas, o que permitiu uma boa medida de vinculação pré-natal materna (Apêndice A2-6.1., Quadros 40 a 42).

A análise factorial realizada com os quinze itens, permitida pelo valor de $KMO = 0.85$ e com p significativo ($p = .000$) no *BTS*, confirmou, após rotação varimax, a solução bifactorial (Camarneiro & Justo, 2007, 2010; Condon, 1993; Leal & Maroco, 2010). O total de variância explicada pelos dois factores foi de 34.1% (Apêndice A2-6.2., Quadro 43).

Quanto aos factores, o factor 1, QVM, é constituído pelos itens 2, 3, 6, 7, 9, 11, 12 e 13 (8 itens), com valor próprio de 3.88 e variância explicada de 18.2%; o alfa para esta dimensão é .71 (Apêndice A2-6.3, Quadro 44).

O conteúdo dos itens da QVM, que versam essencialmente os pensamentos e sentimentos maternos, é o seguinte: 2- Nas duas últimas semanas, ao falar ou ao pensar no bebé que tenho dentro de mim, tive sentimentos e emoções que foram ...; 3- Nas duas últimas semanas, os meus sentimentos para com o bebé que tenho dentro de mim têm sido ...; 6- Nas duas últimas semanas, eu penso no bebé em desenvolvimento, principalmente como ...; 7 Nas duas últimas semanas, senti que o bebé que está dentro do meu útero, depende de mim para o seu bem-estar ...; 9- Nas duas últimas semanas, quando penso no bebé que tenho dentro de mim ou falo para ele, os meus pensamentos ...; 11- Nas duas últimas semanas, quando penso no bebé que trago no meu ventre, os meus sentimentos são ...; 12- Algumas mulheres grávidas, às vezes, ficam tão irritadas com o bebé que trazem no seu ventre que sentem como se tivessem vontade de magoá-lo ou castigá-lo ...; 13- Nas duas últimas semanas, tenho-me sentido

O Factor 2, IPM, agrupa os itens 1, 4, 5, 8, 10, 17 e 18 (7 itens), com valor próprio de 1.23 e variância explicada de 15.9%. O alfa de Cronbach é .62. Os itens da IPM que se reportam claramente ao tempo despendido com o feto, dizem o seguinte: 1- Nas duas últimas semanas, tenho pensado no bebé que tenho dentro de mim ou tenho-me sentido preocupada com ele ...; 4- Nas duas últimas semanas, tenho sentido o desejo de ler ou obter informação acerca do bebé em desenvolvimento. Este desejo é ...; 5- Nas duas últimas semanas, tenho tentado imaginar qual será a aparência real do bebé em desenvolvimento no meu útero ...; 8- Nas duas últimas semanas, dei por mim a falar para o meu bebé quando estou sozinha ...; 10- A imagem que eu tenho da aparência do bebé dentro do meu útero, neste momento é ...; 17- Nas duas últimas semanas, tenho sonhado com a gravidez ou com o bebé ...; 18- Nas duas últimas semanas, dei por mim a sentir ou a acariciar com a mão a minha barriga no sítio onde o bebé se encontra

Os itens retirados da escala materna, por apresentarem baixas correlações item-total corrigido na escala global, foram os seguintes: 14- Nas duas últimas semanas tive cuidado com aquilo que comi para me certificar que o bebé recebe uma boa dieta ...; 15- Quando

vir o meu bebé pela primeira vez depois de nascer, espero sentir...; 16- Quando o meu bebé nascer, eu gostaria de pegar nele ...; 19- Se a gravidez se perdesse neste momento (espontaneamente ou devido a qualquer acidente) sem disso resultar dor ou lesão para mim, penso que iria sentir-me

EVPNP – Escala de Vinculação Pré-Natal Paterna

O estudo da fiabilidade da EVPNP indica, à semelhança de estudos anteriores (Camarneiro & Justo, 2007, 2010), que o item 16, embora não altere o alfa da escala global, tem fraca correlação com a escala total e deve ser retirado (correlação item-total corrigido abaixo de .20). Excluído o item 16, o alfa é elevado e mantém-se igual a .80 (15 itens) (Apêndice A2-6.4, Quadros 45 e 46).

A análise factorial de componentes principais ($KMO = 0.88$, $p < .001$ no *BTS*), seguida de rotação varimax, realizada com a amostra masculina, confirmou mais uma vez a solução a dois factores, com 39.4% de variância explicada por ambos (Apêndice A2-6.5. Quadro 47 e Gráfico 5).

No que se refere à consistência interna dos factores (Apêndice A2-6.6, Quadro 48), o factor 1, QVP, é constituído por 9 itens (2, 3, 6, 7, 8, 9, 11, 12 e 13), o valor próprio é 4.43, a variância explicada é 22.1% e a consistência interna deste factor é .73. O factor 2, IPP, agrupa 6 itens (1, 4, 5, 10, 14 e 15), o seu valor próprio é 1.48, a variância explicada é 17.3% e o alfa é .69.

O conteúdo dos itens da QVP é o seguinte: 2- Nas duas últimas semanas, ao falar ou ao pensar no bebé em desenvolvimento, tive sentimentos e emoções que foram ...; 3- Nas duas últimas semanas, os meus sentimentos para com o bebé em desenvolvimento, têm sido...; 6- Nas duas últimas semanas, eu penso no bebé em desenvolvimento, principalmente como...; 7- Nas duas últimas semanas, quando penso no bebé em desenvolvimento, os meus pensamentos...; 8- Nas duas últimas semanas, as minhas ideias acerca dos nomes possíveis para o bebé têm sido...; 9- Nas duas últimas semanas, quando penso no bebé em desenvolvimento, os meus sentimentos são...; 11- Nas duas últimas semanas, tenho-me sentido...; 12- Quando vir o bebé pela primeira vez depois de nascer, espero sentir...; 13- Quando o bebé nascer, eu gostaria de pegar nele

E para o factor IPP, o teor dos itens é: 1- Nas duas últimas semanas, tenho pensado no bebé em desenvolvimento ou tenho-me sentido preocupado com ele...; 4- Nas duas últimas semanas, tenho sentido o desejo de ler ou obter informação acerca do bebé em desenvolvimento. Este desejo é...; 5- Nas duas últimas semanas, tenho tentado imaginar

qual será a aparência real do bebê em desenvolvimento no útero da minha mulher...; 10- Nas duas últimas semanas, tenho pensado em que tipo de criança o bebê se vai tornar...; 14- Nas duas últimas semanas, tenho sonhado com a gravidez ou com o bebê...; 15- Nas duas últimas semanas, dei por mim a sentir ou a acariciar com a minha mão a barriga da minha mulher no sítio onde o bebê se encontra

Na escala paterna o item retirado foi o 16 - Se a gravidez se perdesse neste momento (espontaneamente ou devido a qualquer acidente) sem disso resultar dor ou lesão para a minha mulher, penso que iria sentir-me....

As medidas descritivas da EVPN materna e paterna e das suas dimensões, QV e IP materna e paterna, foram transformadas em resultados percentuais para que pudessem ser efectuadas comparações entre mulheres e homens, uma vez que o número de itens que formam cada dimensão não é o mesmo. Observando esses resultados, notamos que a escala total e as suas dimensões apresentam, nos resultados maternos, valores médios superiores e amplitude inferior em relação aos valores paternos (cf. Quadro 15).

Quadro 15. Medidas descritivas em valor percentual e teste de normalidade observadas na EVPN materna e paterna e nas suas dimensões

<i>EVPN / Dimensões</i>		<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>K</i>	<i>SW</i>	<i>KS</i>	<i>p</i>
QV	Materna (8 itens)	90.90	93.75	8.65	56.25	100.00	1.38	-1.24	0.18	.000
	Paterna (9 itens)	84.97	86.11	11.05	44.44	100.00	0.73	-0.92	0.12	.000
IP	Materna (7 itens)	68.77	67.86	14.18	28.57	100.00	-0.27	-0.19	0.07	.000
	Paterna (6 itens)	56.27	56.27	17.81	4.17	100.00	0.11	-0.14	0.06	.000
EVPN Total	Materna(15 itens)	80.57	81.67	9.89	45.00	98.33	0.25	-0.55	0.64	.000
	Paterna (15 itens)	73.49	73.33	12.07	33.33	100.00	0.37	-0.46	0.07	.000

A EVPN materna total tem uma média de 80.57 ($DP = 9.89$) e a EVPN paterna total pontua, em média, 73.49 ($DP = 12.07$). Quanto à dimensão qualidade da vinculação, a média na escala materna é 90.90 pontos ($DP = 8.65$) e a média na escala paterna é 84.97 ($DP = 11.05$). A dimensão intensidade da preocupação ou tempo despendido no modo de vinculação tem, em média, na versão materna 68.77 pontos ($DP = 14.18$) enquanto na versão paterna a média é 56.27 ($DP = 17.81$).

A dimensão QV da escala materna não segue o pressuposto da normalidade. Em todas as outras podemos assumir esse pressuposto atendendo às medidas de assimetria e de achatamento.

A partir do cruzamento das dimensões QVM e IPM, QVP e IPP, de acordo com a proposta de Condon (1993) atrás apresentada na Figura 4 da página 283, e tomando como valor de corte a média obtida para cada dimensão, os padrões de vinculação obtidos foram os seguintes:

- Vinculação forte ou saudável ao feto ou alta QV e elevada IP (Quadrante 1): mulheres, 36.4%; homens, 38.1%.

- Qualidade de vinculação positiva e baixa preocupação devida a distração ou ambivalência (Quadrante 2): mulheres, 17.4%; homens, 20.1%.

- Não envolvido ou envolvido de modo ambivalente com baixa preocupação (Quadrante 3): mulheres, 33.2%; homens, 29.7%.

- Ansioso, ambivalente ou preocupação afectiva (Quadrante 4): mulheres, 13%; homens, 12%.

A maior parte das mulheres e dos homens têm vinculação forte ou saudável ao feto. Salientamos, no entanto, que cerca de um terço dos progenitores não está envolvido com o feto ou fá-lo de modo ambivalente e com baixa preocupação.

Com elevada QVM, há mais de 53.8% de mulheres e com elevada QVP há mais de 58.7% dos progenitores.

3.2.8. Escala de Vinculação Pós-Natal Materna (EVPósNM) e Paterna (EVPósNP): adaptação da EVPNM e da EVPNP ao período pós-natal

A escala de Vinculação Pós-Natal é constituída por duas escalas, uma que avalia a vinculação entre a mãe e o bebé, a escala de Vinculação Pós-Natal Materna (EVPósNM) e outra que avalia a vinculação entre o pai e o bebé, a escala de Vinculação Pós-Natal Paterna (EVPósNP). É uma adaptação da escala de vinculação pré-natal (Camarneiro & Justo, 2007, 2010), ao período pós-natal (Apêndice 1, A1-4). Esta adaptação foi feita para dar continuidade ao estudo iniciado no momento pré-natal, da forma mais próxima possível, no que se refere à avaliação das variáveis psicológicas, e para responder aos objectivos traçados no sentido de manter constantes os instrumentos aplicados nos dois períodos de avaliação psicológica dos casais.

A EVPósNM e a EVPósNP têm 15 itens cada. Medem as mesmas duas dimensões da versão pré-natal, a Qualidade da Vinculação e a Intensidade da Preocupação ou Tempo Despendido no Modo de Vinculação. Os itens são pontuados de 1 (baixa vinculação) a 5

(alta vinculação). A inversão dos itens e a sua cotação mantêm-se nesta adaptação. Foi feita a análise da consistência interna e a análise factorial desta adaptação da escala.

A análise da consistência interna da EVPósNM mostrou um alfa igual a .75. As correlações item-total corrigido são baixas nos itens 9 e 15 (que correspondem aos itens 9 e 18 da versão original), mas a sua retirada baixaria o alfa total e limitava a comparação destes resultados da escala com a escala de vinculação pré-natal materna. Optámos por manter estes itens na escala total. A EVPósNP tem um alfa igual a .68 (Apêndice A2-7.1, Quadros 49 e 50).

A análise factorial realizada foi apenas de natureza exploratória, dado o número de casos obtidos. Permitted garantir as dimensões obtidas no período pré-natal, embora neste estudo a validade da escala deva ser analisada com prudência. Na amostra feminina, o KMO tem um valor sofrível (0.65), tal como na amostra masculina (0.61) e, em ambas, o BTS é significativo para $p = .000$. A variância explicada pelos dois factores foi, nas mulheres, de 36.1% no total (20.1% e 16% em cada factor), com valores próprios de 3.55 e 1.86 e, nos homens, os dois factores explicaram 37% da variância (18.6% e 16.4%), com 3.05 e 2.59 nos valores próprios (Apêndice A2-7.3.a e A2-7.3.b, Quadros 53 e 54).

Após rotação varimax dos itens da EVPósNM, a qualidade da vinculação pós-natal materna (QVM-2) revelou um alfa igual a .63. O item 6, nesta dimensão, tem uma baixa carga factorial, ao contrário do que se verificou na dimensão pré-natal. Os itens nesta dimensão são os seguintes: 2, 3, 6, 7, 9, 11, 12 e 13. Para terminar, devemos considerar que a amostra necessita de ser alargada para que a análise factorial seja rigorosa e para que se possa confirmar o comportamento do item 6.

A intensidade da preocupação materna pós-natal (IPM-2) tem um alfa igual a .70. Os itens nesta dimensão são os seguintes: 1, 4, 5, 8, 10, 17 e 18. Neste factor, o item 6 tem elevada carga factorial e o item 18 tem baixa carga factorial. As razões que nos levam a manter as dimensões conforme as utilizadas no primeiro estudo devem-se à fragilidade desta análise factorial tendo em conta o número de casos. Podemos, no entanto, considerar que esta é muito próxima da anterior, o que é um bom indicador da sua validade. A EVPósNP, após rotação varimax dos seus itens, mostrou na QVP-2 um alfa igual a .66 e na IPP-2 observa-se um alfa de .69, como se observa nos Quadros 51 e 52 do Apêndice A2-7.2.

Os itens agrupam-se de forma semelhante ao verificado com a escala pré-natal mas, tal como na versão materna, há algumas alterações nas cargas factoriais, não em termos de inversão de pesos nas dimensões mas em termos de pesos próximos nas duas dimensões

para o mesmo item. Para além disso, a análise dos gráficos scree plots mostra que, em ambas as escalas, materna e paterna, poderiam ser admitidas mais de duas dimensões, levando-nos a considerar que no período pós-natal possa ser adequado utilizar a escala numa só dimensão.

Mantivemos a estrutura dos factores em relação ao período pré-natal, pelas razões atrás enunciadas, mas consideramos que esta adaptação necessita de continuar com uma amostra maior.

Como se observa no Quadro 16, a estatística descritiva aponta como valores maternos para a QVM-2, uma média de 91.84 ($DP = 7.50$), valores superiores aos valores obtidos pelas mulheres no período pré-natal. Os valores paternos para a QVP-2 são 91.29 para a média e 7.89 para o desvio padrão, também estes superiores aos obtidos pelos pais no período pré-natal. Neste momento, os níveis de QV, nos pais e nas mães, são idênticos, o que não acontecia na gravidez.

A IPM-2 tem valores mais baixos neste período do que os observados na gravidez ($M = 65.57$, $DP = 15.86$) e, a IPP-2 tem, neste segundo estudo, valores médios superiores aos pré-natais ($M = 59.66$, $DP = 16.18$). As mulheres mantêm uma IP superior à dos homens neste período.

A vinculação pós-natal total nas mulheres (EVPósNM) é superior, em média, à vinculação pós-natal total nos homens, tal como se observou acima nas dimensões estudadas. Os resultados maternos obtidos neste período ($M = 79.58$, $DP = 9.74$) são semelhantes aos que foram encontrados no período pré-natal. A vinculação paterna pós-natal é inferior à materna mas superior à verificada no período pré-natal.

A escala total e as dimensões seguem o pressuposto da normalidade nesta amostra.

Quadro 16. Medidas descritivas em valor percentual e teste de normalidade observadas na EVPósN materna e paterna e suas dimensões (n = 67)

<i>EVPósN</i> <i>Dimensões</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>K</i>	<i>SW</i>	<i>K-S</i>	<i>P</i>	
QV	Materna	91.84	93.75	7.50	71.88	100.00	0.10	-0.85	1.37	.046
	Paterna	91.29	91.67	7.89	66.67	100.00	1.58	-1.23	1.39	.043
IP ou TMV	Materna	65.57	64.29	15.86	25.00	100.00	-0.24	-0.09	0.910	.379
	Paterna	59.66	62.50	16.18	16.67	100.00	0.56	-0.22	0.87	.438
EVPós N Total	Materna	79.58	73.33	9.74	55.00	98.33	-0.31	-0.12	0.72	.675
	Paterna	78.64	78.33	8.63	63.33	100.00	-0.17	0.21	0.64	.802

Os padrões de vinculação neste terceiro estudo mostram que a maior parte das mulheres tem vinculação forte e segura ao bebé. Nos homens, a maior parte tem vinculação insegura e desligada.

- Vinculação forte ou saudável: Mulheres, 38.8%; Homens, 29.9%.
- Qualidade de vinculação positiva e baixa preocupação devida a distração ou ambivalência: Mulheres, 22.4%; Homens, 16.4%.
- Não envolvido ou envolvido de modo ambivalente com baixa preocupação: Mulheres, 31.3%; Homens, 41.8%.
- Ansioso, ambivalente ou preocupação afectiva: Mulheres, 7.5%; Homens, 11.9%.

3.2.9. Inventário de Resolução de Problemas - IRP

Coping é um termo que se aplica às estratégias que uma pessoa utiliza para lidar com as situações de dano, ameaça e desafio com que se depara e para as quais não tem respostas de rotina preparadas (Vaz-Serra, 1988). Com o Inventário de Resolução de Problemas – IRP, o autor fez um estudo sobre coping, utilizando uma amostra de 692 indivíduos aos quais foram apresentadas três situações de tipo diferente: de ameaça, de dano e de desafio. Perante cada situação, o autor criou diversas modalidades de resposta que dizem respeito a confronto, ‘controlo’ perceptivo do significado das consequências, pedido de auxílio a familiares e amigos, mecanismos redutores dos estados de tensão e características da personalidade.

A escala é constituída por 40 questões cuja pontuação atribuída se faz numa escala de tipo Likert que varia entre 1 e 5 pontos. A consistência interna da escala foi medida pela determinação do coeficiente de Spearman-Brown cujo valor é .86. Para avaliar a estabilidade temporal, foi usado o teste/reteste, em 102 elementos, onde houve afastamento de pelo menos um mês entre as duas respostas. Obteve-se um valor de $r = .81$ que é altamente significativo, com $p < .001$.

A escala total divide-se em 9 factores, obtidos por rotação varimax, que a seguir se descrevem: F1 - Pedido de Ajuda, constituído pelos itens (5), (11), (18), (20) e 26 e explica 7.2% da variância total; F2 - Confronto e Resolução Activa dos Problemas constituído pelos itens (21), 31, 32, 33, 34, 36 e 40 e explica 9.4% da variância total; F3 - Abandono Passivo Perante a Situação que contém os itens (1), (2) e (7) e explica 4.9% da variância

total; F4 - Controlo Interno/Externo dos Problemas, constituída pelos itens (6), (12), (14), (30), (35), (37), (38) e (39) e explica 6.7% da variância total; F5 - Estratégias de Controlo das Emoções contendo os itens (23), (24), (25) e (29) que explicam 4.6% da variância total; F6 - Atitude Activa de Não Interferência da Vida Quotidiana pelas Ocorrências formada pelos itens 3, 8, (9) e (13) e explicando 5.4% da variância total; F7 - Agressividade Internalizada/Externalizada, com os itens (27) e (28) e a explicar 4.3% da variância total; F8 - Auto-Responsabilização e Medo das Consequências, constituída pelos itens (4), (10), (16) e (19) e explica 5.6% da variância total; F9 - Confronto com o Problema e Planificação da Estratégia, constituída pelos itens 15, 17 e (22) e explica 3.6% da variância total.

A média dos factores situou-se entre 9.34 (F7) e 24.70 (F2) e o desvio padrão situou-se entre 1.32 (F7) e 4.99 (F4). No IRP total, a média foi de 153.83 e o desvio padrão é de 16.40 (Vaz Serra, 1988).

Segundo o autor, os indivíduos com estratégias de *coping* adequadas costumam sentir que têm um bom controlo das situações com que se deparam, são pouco propensos a pedir ajuda, gostam de se confrontar e de resolver activamente os problemas, utilizam mecanismos redutores da tensão que são lesivos ao próprio, não deixam que a vida diária seja interferida pelos acontecimentos indutores de stress e não têm tendência a deixarem-se responsabilizar pelas consequências negativas dos acontecimentos. A valores mais elevados corresponde um coping mais elevado.

3.2.9.1 Características psicométricas do IRP no primeiro estudo

A análise da consistência interna da escala indicou a necessidade de retirar os itens 3, 9, 13, 21, 26 e 37, devido a correlações item-total corrigido negativas, ou abaixo de .10 (valor mínimo aceite pelo autor), e ao alfa de Cronbach baixo, situação comum às amostras feminina e masculina em estudo. A escala total com 34 itens mostrou uma boa consistência interna ($\alpha = .78$), igual para ambas as amostras feminina e masculina (Apêndice A2-8.1, Quadros 55 a 58).

Seguiu-se a análise factorial ($KMO = 0.80$ nas duas amostras e BTS significativo em ambos os casos) e obteve-se uma solução de nove factores, tal como indicado pelo autor. A variância total explicada pelo conjunto dos factores foi de 56.5% e de 56.3% respectivamente, nas amostras feminina e masculina (Apêndice A2-8.2, Quadros 59 a 62).

Neste estudo, a distribuição dos itens pelos factores contou com algumas diferenças em relação à proposta do autor e entre as amostras feminina e masculina. Depois de retirar

os itens não comuns, o resultado final da factorização das nossas amostras foi o que a seguir se descreve.

O factor pedido de ajuda (PA) contém os itens 5, 11, 18 e 20 (4 itens) e diferencia-se do original pela ausência do item 26, retirado inicialmente da escala. O seu valor próprio é 2.12 e 4.08 e a variância explicada é 7.5% e 8.2%, respectivamente na amostra feminina e na masculina. O alfa deste factor é .80 na amostra feminina e .82 na amostra masculina.

O factor que denominámos por confronto e resolução activa dos problemas e planificação da estratégia (CRAPPE) agrupou os itens 31, 32, 33, 34, 36 e 40, do factor 2, com os itens 8, 15 e 17 provenientes dos factores 6 e 9 (total de 9 itens). A consistência interna deste factor é elevada. Na amostra feminina, o alfa é .84 e, na amostra masculina, o alfa é .83. Os valores próprios foram 4.65 e 4.70 e a variância explicada foi 12.7% e 11.8%, respectivamente nas mulheres e nos homens.

O abandono passivo perante a situação (APS) é o factor que contém os itens 1, 2 e 7 (3 itens), tal como o original. Os seus valores próprios são 1.79 e 1.47, a variância explicada por este factor é 6.4% e 5.4% e o alfa de Cronbach é de .67 e de .61, respectivamente nas amostras feminina e masculina.

O factor controlo interno/externo dos problemas (CI/EP) é formado pelos itens 6, 12, 14, 30, 35, 38 e 39 (7 itens), que coincidem com o original, excepto no item 37 que foi retirado da escala total pelas razões já expostas. Os valores próprios são 4.48 e 2.30, a variância explicada por este factor é 7.8% e 7.2% e os alfas de Cronbach obtidos neste factor foram .73 e .70, respectivamente para as amostras feminina e masculina

A designação estratégias de controlo das emoções (ECE) corresponde ao factor que compreende os itens 24, 25 e 22 (3 itens). O item 22 pertencia, originalmente, ao factor 9. Na amostra feminina, o alfa é igual a .53 e, na amostra masculina, o alfa é .49. Os valores próprios são 1.30 e 1.41 e a variância explicada por este factor é 5.0% e 5.2%, respectivamente nas mulheres e nos homens.

O factor auto-responsabilização e medo das consequências (ARMC) é, conforme o original, formado pelos itens 4, 10, 16 e 19 (4 itens). Os valores próprios são 1.49 e 1.47 e a variância explicada por este factor é 5.2% e 6.4%. O alfa é de .49 e de .54, respectivamente, nas amostras feminina e masculina.

Os factores “atitude activa de não interferência da vida quotidiana pelas ocorrências” (factor 6), “agressividade internalizada/externalizada” (factor 7) e “confronto com o problema e planificação da estratégia” (factor 9) não se encontraram neste estudo. Os seus itens agruparam-se aos outros factores ou ficaram isolados e pertencem apenas à escala

total. Exemplo destes são os itens 23 e 29 e os itens 27 e 28, que se agruparam dois a dois e, não tendo sido por nós considerados factores, devido ao reduzido número de itens, também não foram incluídos em qualquer outro, por falta de peso factorial ou validade de conteúdo.

Em síntese, o IRP utilizado neste estudo tem 34 itens e as suas dimensões têm algumas diferenças em relação às originais, excepto para o “abandono passivo perante a situação” e a “auto-responsabilização e medo das consequências”. Não podem, portanto, ser estabelecidas comparações com os valores médios apresentados pelo autor, a não ser naquelas duas dimensões. Apesar das diferenças, mantivemos os factores F1, F2, F3, F4, F5 e F8 tão próximos dos originais quanto possível, embora os valores próprios de cada um os coloquem em posições diferentes em relação aos originais, pelo que os designamos pelo nome e não pelo número.

Ao analisar as estatísticas descritivas das mulheres grávidas e dos homens, conforme se observa no Quadro 17, observamos que os valores médios dos factores e do total da escala são superiores nos homens em comparação com as mulheres, excepto na dimensão abandono passivo perante a situação (APS), onde a média é igual para ambos os grupos. Isto significa que os homens têm estratégias de coping mais favoráveis que as mulheres.

Quadro 17. Medidas descritivas e teste de normalidade observadas no IRP e suas dimensões, em mulheres e homens, no primeiro estudo

<i>IRP / Dimensões</i>	<i>Grupo</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>K</i>	<i>SW</i>	<i>K-S</i>	<i>p</i>
Pedido de Ajuda	Mulheres	12.89	13.00	3.30	4.00	20.00	-0.18	-0.19	0.09	.000
	Homens	13.25	13.00	3.66	4.00	20.00	-0.39	-0.17	0.07	.000
Confronto e resolução activa dos problemas e planificação da estratégia	Mulheres	31.82	33.00	5.85	9.00	45.00	1.05	-0.58	0.09	.000
	Homens	32.66	33.00	5.90	12.00	45.00	0.61	-0.44	0.07	.000
Abandono Passivo perante a Situação	Mulheres	13.08	14.00	2.07	3.00	16.00	1.29	-1.17	0.20	.000
	Homens	13.08	14.00	2.05	5.00	15.00	0.42	-1.02	0.18	.000
Controlo Interno /Externo dos Problemas	Mulheres	27.75	28.00	3.91	17.00	35.00	-0.52	-0.37	0.10	.000
	Homens	28.32	29.00	4.02	11.00	35.00	0.74	-0.67	0.10	.000
Estratégias de Controlo das Emoções	Mulheres	12.06	12.00	2.10	5.00	15.00	-0.24	-0.48	0.13	.000
	Homens	12.84	13.00	2.02	5.00	15.00	0.73	-0.96	0.17	.000
Auto-Responsabilização e Medo das Consequências	Mulheres	16.13	16.00	2.57	4.00	20.00	0.91	-0.65	0.11	.000
	Homens	16.22	16.22	2.82	8.00	20.00	-0.09	-0.62	0.12	.000
IRP Global (34 itens)	Mulheres	132.74	133.00	10.99	101.00	167.00	-0.08	-0.03	0.05	.000
	Homens	135.36	136.00	11.53	96.00	167.00	0.13	-0.20	0.04	.000

Os resultados encontrados foram os seguintes: o factor pedido de ajuda (PA) nas mulheres tem 12.89 pontos em média ($DP = 3.30$). Nos homens, a média deste factor é de 13.25 e o desvio padrão é de 3.66, com mediana e amplitude iguais à amostra feminina. As mulheres grávidas, neste estudo, têm menor adequação do coping sendo mais propensas a pedir ajuda, em média, do que os homens. Segundo Vaz-Serra, autor da escala, valores mais elevados no pedido de ajuda correspondem a um coping favorável de menor necessidade de fazer esse pedido.

A média no factor confronto e resolução activa dos problemas e planificação da estratégia (CRAPPE) nas mulheres é 31.82 ($DP = 5.85$) e nos homens é superior ($M = 32.66$, $DP = 5.90$). Esta dimensão tem valores mais favoráveis nos homens.

O abandono passivo perante a situação (APS) tem valor médio e mediana iguais nos homens e nas mulheres ($M = 13.08$, $Md = 14.00$) e desvio padrão de 2.07 e 2.05, respectivamente. Este factor contém os itens conforme o original onde a média é 13.09 e o desvio padrão é 2.01 (Vaz-Serra, 1988), o que se aproxima muito dos valores aqui obtidos.

O controlo interno/externo dos problemas (CI/EP) é mais elevado nos homens, com média de 28.32 ($DP = 4.02$). Nas mulheres, a média é 27.75 ($DP = 3.91$). Tratando-se de mecanismos redutores da tensão, este resultado é vantajoso para os homens em relação às mulheres. O mesmo acontece com as estratégias de controlo das emoções (ECE) que são mais elevadas nos homens ($M = 12.84$, $DP = 2.02$) do que nas mulheres ($M = 12.06$, $DP = 2.10$). A amplitude é igual em ambos os grupos ($Min. = 5.00$, $Max. = 15.00$). Um bom controlo da situação reflecte sempre melhor estratégia de resolução de problemas.

A auto-responsabilização e medo das consequências (ARMC) tem um valor médio ligeiramente inferior nas mulheres ($M = 16.13$, $DP = 2.57$) em comparação com os homens ($M = 16.22$, $DP = 2.82$). Os homens manifestam, neste factor, um coping mais favorável, pois a valores mais elevados corresponde uma menor auto-responsabilização e medo das consequências, o que é vantajoso para os sujeitos. Esta dimensão corresponde ao factor oito original, com média e desvio padrão de 16.58 e de 2.88 respectivamente, o que está muito próximo dos valores obtidos neste estudo.

A amostra feminina pontuou, em média, no IRP total, 132.74 ($DP = 10.99$) e na amostra masculina esse valor foi superior tendo pontuado, em média, 135.36 ($DP = 11.53$). Em geral, neste estudo, os homens têm estratégias de coping mais adequadas do que as mulheres.

A amostra, nesta escala, não se ajusta à curva normal.

3.2.9.2 Características psicométricas do IRP no terceiro estudo

Com a finalidade de manter as características psicométricas decorrentes do estudo da escala na primeira aplicação, utilizamos os 34 itens do IRP neste segundo momento, no qual obtivemos valores alfa de .83 e de .80, respectivamente, em mulheres e homens (Apêndice A2-8.3, Quadros 63 a 66).

O item 23 na amostra feminina e o item 28 da amostra masculina deveriam ser retirados da escala neste estudo devido aos valores das correlações item-total corrigido. Não o fizemos porque os itens não pertencem às dimensões encontradas, permanecendo na escala total, e porque a amostragem neste estudo é reduzida em relação à anterior.

A consistência interna das dimensões variou entre .59 e .87 na amostra feminina e entre .31 e .87. O factor PA tem um alfa de .87 nas duas amostras. Para o CRAPPE, os alfas são de .78 e .86 respectivamente nas amostras feminina e masculina. O factor APS apresenta nas duas amostras o mesmo valor de alfa (.59). Quanto ao factor CI/EP, o alfa é de .83 nas mulheres e de .67 nos homens. Relativamente às ECE, nas mulheres o alfa é de .64, e nos homens é de .56. Finalmente, a ARMC, apresenta um valor de alfa igual a .61 na amostra feminina e igual a .31 na amostra masculina. Este factor não vai ser contemplado no terceiro estudo e não será utilizado nas inferências estatísticas, devido à baixa consistência interna na amostra masculina. Os itens ficam a pertencer apenas à escala total.

Os resultados descritivos do terceiro estudo, como exposto no Quadro 18, foram os seguintes: o factor PA nas mulheres pontua 13.00 pontos, em média, com desvio padrão de 3.55, ligeiramente superior aos valores obtidos na amostra do primeiro estudo. Nos homens, este factor pontua, em média, 13.92 ($DP = 3.93$), também ligeiramente superior aos resultados obtidos no período pré-natal, com amplitude igual à amostra feminina. As mulheres pontuam menos no factor PA do que os homens, o que corresponde a menor adequação do coping.

A média no factor CRAPPE nas mulheres é 31.44 ($DP = 4.52$) e nos homens a média é superior à das mulheres quer no período pós-natal quer durante a gravidez ($M = 33.05$, $DP = 5.90$). Esta dimensão tem valores mais favoráveis aos homens.

O APS é idêntico em homens e mulheres, sendo ligeiramente inferior nestas (em mulheres, $M = 13.42$, $DP = 1.76$; em homens, $M = 13.65$, $DP = 1.59$). Este factor está um pouco acima da média proposta pelo autor no estudo original (Vaz-Serra, 1988).

O CI/EP continua a ser, neste período, mais elevado nos homens do que nas mulheres e é também mais elevado do que os valores observados durante a gravidez. Nesta

sub-amostra, as mulheres pontuam mais neste factor do que na amostra estudada na gravidez ($M = 31.33$, $DP = 4.89$). Nos homens, a média é de 32.58 ($DP = 4.15$). Os mecanismos redutores da tensão estavam mais enfraquecidos no período pré-natal, quer nas mulheres quer nos homens.

As ECE são ligeiramente superiores nos homens e nas mulheres, no período pós-natal, pontuando os homens um pouco mais em média (nas mulheres, $M = 12.45$, $DP = 2.16$; nos homens, $M = 12.94$, $DP = 2.11$).

A ARMC, como já atrás referimos, não será considerada neste estudo.

O IRP total, nesta sub-amostra, é superior ao IRP da amostra de grávidas e seus maridos/companheiros. A amostra feminina pontuou, em média 133.73 ($DP = 11.62$) e a amostra masculina esse valor foi superior aos valores femininos, sendo neste estudo, em média, 139.63 ($DP = 11.28$). Em geral, os homens têm valores nas estratégias de coping mais elevados o que corresponde a uma maior eficácia do que a observada nas mulheres.

O APS e as ECE não se ajustam à curva de normalidade. Todas as outras dimensões e a escala global têm uma distribuição normal.

Quadro 18. Medidas descritivas e teste de normalidade observadas no IRP e suas dimensões, em mulheres e homens, no terceiro estudo

<i>IRP / Dimensões</i>		<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>K</i>	<i>SW</i>	<i>K-S</i>	<i>p</i>
Pedido de Ajuda	Mulheres	13.00	13.00	3.55	5.00	20.00	-0.27	-0.11	0.86	.446
	Homens	13.92	14.00	3.93	5.00	20.00	-0.63	-0.26	0.99	.277
Confronto e resolução activa dos problemas e planificação da estratégia	Mulheres	31.44	31.50	4.52	22.00	45.00	0.18	0.29	0.683	.739
	Homens	33.05	33.00	5.90	17.00	45.00	0.56	-0.37	0.62	.842
Abandono Passivo perante a Situação	Mulheres	13.42	14.00	1.76	8.00	15.00	0.65	-1.10	1.67	.008
	Homens	13.65	14.00	1.59	9.00	15.00	0.38	-1.09	1.89	-.002
Controlo Interno /Externo dos Problemas	Mulheres	31.33	32.00	4.89	17.00	39.00	0.53	-0.88	1.02	.251
	Homens	32.58	33.00	4.15	17.00	40.00	2.19	-1.10	1.00	.266
Estratégias de Controlo das Emoções	Mulheres	12.45	13.00	2.16	6.00	15.00	0.35	-0.86	1.36	.049
	Homens	12.94	13.00	2.11	6.00	15.00	1.45	-1.30	1.77	.004
Auto-Responsab. e Medo das Consequências	Mulheres	16.61	17.00	2.42	10.00	20.00	0.55	-0.77	1.20	.112
	Homens	17.09	17.00	2.17	11.00	20.00	-0.06	-0.54	0.99	.281
IRP Global	Mulheres	133.73	135.00	11.62	98.00	155.00	0.30	-0.59	0.80	.550
	Homens	139.63	140.00	11.28	102.00	170.00	1.31	-0.31	0.56	.913

3.2.10. Questionário de Saúde Obstétrica e Resultado do Parto - QSORP

Este questionário foi por nós construído a fim de registar os dados da evolução da gravidez, no que se refere à presença de patologia obstétrica dos II e III trimestres e do resultado do parto. Tem 20 questões operacionalizadas do seguinte modo: número de ordem utilizado na investigação; processo clínico (número); data de nascimento da mulher (dd / mm / aa); nome da mãe; nome do pai; data provável do parto; data do parto; semanas de duração da gravidez; local do parto; trabalho de parto (induzido / espontâneo); tipo de parto (eutócico / fórceps / ventosa / cesariana); quem assistiu ao parto; doenças desenvolvidas depois das 25 semanas de gravidez (não/sim; se sim, qual); internamento durante a gravidez (não/sim; se sim, quantos dias); género do recém-nascido (masculino / feminino); peso (gramas); APGAR ao 1º, 5º e 10º minuto; recém-nascido separado da mãe após o parto (não/sim; se sim, durante quantos dias; qual foi o motivo da separação); estado de saúde do bebé no momento do nascimento (normal / com problemas; se apresenta problemas, quais); observações (descrição) (Apêndice 1, A1-3).

4. Questões éticas

Em todas as fases da investigação, foram respeitados os procedimentos éticos. Às instituições, foram efectuados os pedidos de autorização para contactar os sujeitos do estudo.

No contacto com os sujeitos, foi pedida a colaboração graciosa e voluntária, livre de interesses e pressões, explicando o âmbito e objectivos do estudo colocando-nos, enquanto investigadora, ao inteiro dispor para esclarecimentos complementares e para revelar os resultados finais obtidos.

Foi garantida a confidencialidade da investigação, que não podia ser anónima por se tratar de um estudo longitudinal, e foi garantido o anonimato perante a divulgação de resultados. Foi ainda garantido, aos sujeitos da investigação, a não utilização dos resultados para outros fins que não os constantes nos objectivos propostos.

CAPÍTULO VI

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

1. Caracterização da amostra nos três estudos

A amostra do primeiro estudo é constituída por 407 casais (N = 814 sujeitos), recrutados durante o segundo trimestre de gravidez, nos serviços de saúde da região centro do país onde faziam consultas de vigilância pré-natal. No segundo estudo, foram preenchidos 395 questionários pertencentes aos casais e, no terceiro estudo, a amostra concretizada, constituída por uma sub-amostra, foi de 67 casais (n = 134 sujeitos).

A caracterização da amostra tem início com a apresentação dos resultados, seguida da sua análise, para mulheres e homens, individualmente e enquanto casais. Em apêndice, podem ser consultados os resultados descritivos, organizados em tabelas, referentes a toda a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra em estudo. Utilizamos medidas de tendência central, como a média e a mediana, e medidas de dispersão tais como o desvio padrão e a amplitude (Apêndice 3).

1.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Os casais participantes no estudo são casados (74.7%), ou vivem em união de facto (25.3%), pelo menos desde a concepção do bebé que esperam.

As mulheres são mais novas do que os homens. Têm, em média, 29.62 anos de idade (*Min.* = 18.00, *Max.* = 40.00, *DP* = 4.67) e, os homens, 31.77 anos, em média (*Min.* = 18.00, *Max.* = 53.00, *DP* = 5.51). A maior parte dos sujeitos encontra-se entre os 26 e os 35 anos (68.3% mulheres e 65.6% homens); abaixo dos 26 anos estão 20.4% das mulheres e 13.3% dos homens, enquanto acima dos 35 estão 11.3% das mulheres e 21.1% dos homens. A nacionalidade de ambos é, maioritariamente, portuguesa (homens: 96.3%; mulheres: 94.3%).

A escolaridade e a profissão foram classificadas por categorias, de 1 a 5 (Graffar, 1956). Quanto à escolaridade, a maior parte das mulheres (32.2%) situa-se na categoria 2 (instrução secundária completa; bacharelato ou instrução universitária incompleta), seguidas de 30.5% com formação superior, ocupando a categoria 1. Na categoria 3 (instrução secundária incompleta ou equivalente) estão 28% e, à categoria 4 (instrução primária completa) pertencem 9.3%. Os homens da categoria 3 estão em maior percentagem (35.1%), seguidos da categoria 2 (24.1%) e da 4 (23.8%). Com formação

académica superior (categoria 1) são 16.2% e apenas 0.2% não concluíram a instrução primária.

As mulheres são mais escolarizadas do que os maridos/companheiros. Efectuaram 12.24 anos de escolaridade, em média (*Min.* = 4.00, *Max.* = 20.00, *DP* = 3.56), enquanto os seus companheiros apresentam uma média de 10.47 anos (*Min.* = 4.00, *Max.* = 22.00, *DP* = 3.71).

No que diz respeito à profissão (Graffar, 1956), a mais frequente, nas mulheres e nos homens (33.9% e 66.8%, respectivamente), é a da categoria 3 (operários especializados ou empregados; capatazes; técnicos administrativos e auxiliares), seguida da categoria 1 (executivos; directores de empresas; técnicos superiores e professores; oficiais; possuidores de capitais) para 26% de mulheres e 16.2% de homens, e pela categoria 4 (operários sem qualificação; trabalhadores rurais; vendedores ambulantes) em 19.7% das mulheres e 7.1% de homens.

Apesar de se observarem percentagens diferentes nas categorias profissionais, homens e mulheres distribuem-se pela mesma ordem nas três primeiras categorias: mais casos na categoria 3, seguidos da categoria 1 e da categoria 4. Nas categorias 5 e 2, há uma inversão da ordem, isto é, a 5 é ocupada por 17.4% das mulheres e por 2.2% dos homens (ajudantes de obras; desempregados; pensionistas; indigentes e estudantes). Na categoria 2, há 2.9% de mulheres e 6.6% de homens (comerciantes; fazendeiros; administradores de empresas; com licenciamentos).

Quanto ao estatuto ocupacional, mais de metade dos sujeitos tem vínculo laboral, embora este seja menos frequente nas mulheres do que nos homens (50.9% das mulheres e 69% dos homens). Há mais mulheres com contratos de trabalho (20.6% das mulheres e 15% dos homens), assim como situação de trabalho temporário (mulheres, 5.9%; homens, 2.2%) e ausência de estatuto ocupacional (mulheres, 17.2%; homens, 1%).

As fontes de rendimento familiar (Graffar, 1956) provêm, na maior parte dos casos, do salário mensal das famílias (74.2% das mulheres; 88% dos homens); seguido dos subsídios, no caso das mulheres (18.9% das mulheres; 1.5% dos homens) e de honorários de profissão liberal (5.2% de mulheres; 7.1% dos homens). Menos de 1% das mulheres e dos homens referem possuir rendimentos pessoais ou familiares e 1% das mulheres e 2% dos homens recebem salário quinzenal ou diário.

O tipo de habitação mais frequente dos casais da nossa amostra é a moradia (53.3%) ou o apartamento (40.8%), sendo que uma pequena parte habita uma casa antiga (5.9%). Quase todos os casais (96.6%) afirmaram ter boas condições de habitabilidade; todos têm

água canalizada e esgotos, ou tratamento dos mesmos quer habitem em meio urbano ou rural.

O agregado familiar é constituído apenas pelo casal, em mais de metade dos casos (55.3%). Os restantes agregados são constituídos da forma seguinte: pelo casal e por um descendente (30.2%); dois ou mais descendentes (4.7%); filho(s) e ascendente(s) (1.9%) ou ascendente(s)/família alargada (7.9%). A idade dos familiares varia entre 1 ano e 85 anos (de filhos a avós).

Quanto ao estatuto socioeconómico do casal (Graffar, 1956), este varia entre 1 e 4 ($M = 2.15$, $DP = 0.65$) e foi determinado a partir da média do estatuto socioeconómico (ESE) de cada elemento. Os casais encontram-se no nível 2 em 64.3% dos casos, seguidos de 25.3% no nível 3. No nível 1, encontram-se 8.8% e, no 4, estão 1%. Individualmente, o ESE das mulheres é superior ao dos homens, variando entre 1 e 4 ($M = 2.16$, $DP = 0.85$). Nos homens varia igualmente entre 1 e 4, com $M = 2.14$ ($DP = 0.64$). O nível com mais mulheres e mais homens é o nível 2 (42.5% e 57.7%, respectivamente). No nível 1, estão 23.6% de mulheres e 13.5% dos homens.

Os casais abrangidos pela nossa recolha residem na região centro do país e estão dispersos por 45 concelhos que fazem parte de seis distritos. Coimbra foi o distrito com maior número de casos obtidos (65.6%), seguido de Leiria (17.7%), Aveiro (8.8%), Castelo Branco (6.6%), Viseu (0.7%) e Guarda (0.5%). Estes resultados podem ser consultados no Apêndice 3, A3-1., Quadro 1.

1.2. Caracterização clínica da amostra - primeiro estudo

1.2.1. Situação obstétrica da mulher no momento da entrevista

Aquando da primeira entrevista, as mulheres estavam entre as 16 e as 25 semanas de gestação ($M = 21.24$, $DP = 2.35$). Mais de metade (56%) encontravam-se entre as 20 e as 22 semanas.

Do total das grávidas, 19.7% ($n = 80$) referiram ter tido dificuldade em engravidar. Destas, mais de metade (58.6%) consultaram um médico especialista e, independentemente de o terem feito, 46.2% referem ter engravidado em menos de um ano enquanto 53.8% demoraram mais de um ano até ficarem grávidas. A maior percentagem de mulheres (35%) esperou entre 6 meses e 1 ano.

No momento da entrevista, a maioria das grávidas (97.5%) não referiu doenças associadas à gravidez e, apesar de ter sido seleccionada uma amostra de grávidas de baixo risco, houve 2.5% ($n = 10$) que referiram ter tido alguma doença durante esta gravidez. Nestas, 30% dos casos ($n = 3$) relataram a ocorrência de infecções (citomegalovirus, cândida albicans e infecção urinária inespecífica) e as restantes referiram ter sofrido de anemia, tromboflebite e outras doenças.

As grávidas aumentaram de peso entre 0 e 16 kg ($M = 5.28$, $DP = 2.61$). Durante a gravidez 4.7% das gestantes fumavam. Em média, esse consumo era de 5.42 cigarros/dia com desvio padrão de 4.46. Do total das fumadoras, 21.1% fumavam 4 cigarros/dia; 15.8% consumiam 7 cigarros/dia e 15.8% fumavam 1 cigarro/dia. Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, a maioria (93.1%) referiu não consumir estas bebidas durante a gravidez e 6.9% fá-lo ocasionalmente. Estes resultados estão sistematizados no Apêndice A3-1.2., Quadro 2.

1.2.2. História ginecológica e obstétrica da mulher

Na sua história ginecológica, estas mulheres referem a ocorrência da menarca entre os 8 e os 18 anos ($M = 12.40$, $DP = 1.51$) e a presença de regularidade menstrual imediatamente posterior é apontada em 71.5% dos casos. Durante a menstruação, a maior parte das mulheres sentia dor (46.2%) ou incómodo sem dor (26%). Há as que referiram sentir indiferença (22.1%) e as que se sentiam confortáveis durante o período menstrual (5.4%).

Em relação à história obstétrica, 51.8% ($n = 211$) das mulheres são primigestas e 47.2% ($n = 196$) referiam ter tido gravidezes anteriores. Nas multigestas, 69.4% tiveram uma gravidez, 19.9% tiveram duas, 6.6% das mulheres tiveram três gravidezes anteriores e 4.1% referem ter tido 4 gestações.

De entre as mulheres que referiram gravidezes anteriores, 37.8% ($n = 74$) sofreram interrupções de gravidez. A natureza das interrupções da gravidez foi de três tipos, voluntária (10.8% do total das mulheres), espontânea (79.9%) e médica (16.2%). Destas mulheres, 68.9% refere uma interrupção, 24.3% duas e 6.8% mais do que duas.

As mulheres que referiram ter feito interrupções voluntárias da gravidez (IVG) fizeram-no uma única vez, o que aconteceu entre os 14 e os 32 anos ($M = 23.37$, $DP = 5.37$) e, em 50% dos casos, entre as 6 e as 10 semanas de gestação ($Min. = 3.00$ semanas, $Max. = 12.00$).

Das mulheres que interromperam espontaneamente a gravidez (IEG), 74.6% (n = 44) tiveram uma IEG; 18.5% (n = 11) duas IEG's, 5.1% das mulheres sofreram três e 1.7% teve quatro IEG's. Entre estas temos que a primeira e a segunda IEG's ocorreram, sobretudo, entre as 6 e as 10 semanas (64.4%). A primeira ocorreu entre as 11 e as 15 semanas em 20.3% das mulheres e, para 11.9%, entre a primeira e a quinta semana. Quando se tratou da terceira interrupção, metade situou-se entre as 6 e as 10 semanas e a outra metade entre as 16 e as 25 semanas.

A idade da mulher na primeira IGE situou-se entre os 18 e os 38 anos ($M = 27.71$, $DP = 5.22$); na segunda entre os 19 e os 37 anos ($M = 29.87$, $DP = 5.24$); na terceira entre os 30 e os 33 anos ($M = 31.25$, $DP = 1.50$).

Quando as interrupções da gravidez decorreram de decisão médica (IMG), uma só IMG ocorreu em 66.7% (n = 8) das mulheres e duas em 33.3% (n = 4). A primeira IGM ocorreu, em metade dos casos, até às 10 semanas de gestação e, na outra metade, 16.7% das primeiras IGM's ocorreram entre as 11 e as 15, a mesma percentagem ocorreu entre as 16 e as 20 semanas e, ainda igual percentagem entre as 31 e 35 semanas. Na primeira IGM, as mulheres tinham entre 22 e 34 anos ($M = 29.33$, $DP = 4.14$). Quando se tratou da segunda IGM, esta aconteceu a 75% das mulheres entre as 6 e as 10 semanas e a 25% entre as 11 e as 15 semanas. Na segunda IGM, as mulheres tinham entre 30 e 36 anos ($M = 33.25$, $DP = 2.50$).

Da totalidade de mulheres com gravidezes anteriores à actual, 38.4% (n = 156) referem ter daí resultado nascimentos e 37.3% (n = 153) referem ter filhos, donde se depreende que o número de óbitos neste grupo é extremamente reduzido.

De entre as mulheres grávidas que já têm filhos, 86.9% têm um filho, 10.5% têm dois filhos e 2.6% têm três filhos. De entre as mulheres que já tiveram parto(s), a sua idade, no primeiro nascimento, situou-se entre os 15 e os 36 anos ($M = 24.85$, $DP = 4.70$). Destas, 35.5% estava entre os 21 e os 25 anos e 32.7% entre 26 e 30 anos. No segundo nascimento, a sua idade estava entre 19 e 34 anos (n = 21, $M = 24.57$, $DP = 3.76$); destas, 61.9% tinham entre os 21 e os 25 anos e 19% tinham 26 a 30 anos. O terceiro nascimento (n = 4) aconteceu entre os 21 e os 30 anos ($M = 24.50$, $DP = 3.87$) e 75% destas tinham entre 21 e 25 anos, seguidos de 25% com 26 a 30 anos.

No que respeita às idades gestacionais do recém-nascido, pode verificar-se que o primeiro bebé nasceu entre as 26 e as 42 semanas de gestação ($M = 38.49$, $DP = 0.18$) e, destes, 12.9% dos nascimentos foram pré-termo. O segundo bebé nasceu entre as 30 e as 41 semanas ($M = 38.71$, $DP = 2.45$) e, destes, 9.6% nasceram pré-termo. O terceiro bebé

nasceu entre as 40 e as 41 semanas ($M = 40.50$, $DP = 0.58$) e, neste caso, não se observaram nascimentos antes das 37 semanas de gestação. Os partos pré-termo nas primíparas foram de idade gestacional mais baixa e em maior percentagem.

Quando questionadas sobre a presença de doenças em gravidezes anteriores, 17.9% das grávidas referiram ter tido doenças. Destas, 22.9% dos casos teve ameaça de parto pré-termo (APP), seguida de 20% de mulheres que tiveram hipertensão arterial induzida pela gestação (HTA) e 14.3% sofreram de diabetes gestacional (DG). Houve, também, 8.6% que referiram DG e HTA em conjunto. Doenças da tiróide, dores e infecções foram referidas em 5.7% dos casos para cada patologia. Houve outras referências, mas em percentagens inferiores a 3%.

De entre as mulheres que tiveram patologia numa gravidez anterior, 54.3% ($n = 19$) estiveram internadas. Os motivos apontados para internamento por doença são diversos. A ameaça de parto pré-termo é a que tem maior número de casos (26.3%), seguida de hipertensão arterial (21.1%). Outras situações com 5.3% de casos cada foram enunciadas, tais como, DG, cólica renal, gravidez ectópica e morte fetal.

Os problemas de saúde anteriores à gravidez actual mais referidos pelas grávidas foram a HTA (2.9%), asma/bronquite/rinite (2.2%), doença da tiróide (2.2%) e doença hematológica (1.2%). Houve outras referências situadas abaixo de 1%. Do total da amostra, a maioria das mulheres (83.3%) referiu não ter tido qualquer doença antes da gravidez actual.

Com o actual marido/companheiro, esta é a primeira gravidez em 60% dos casos, a segunda em 28.3% e a terceira, quarta ou quinta em 11.8% das situações. Menos de 10% das mulheres tiveram um casamento anterior com ocorrência de gravidezes (conforme Apêndice A3-1.2., Quadro 3).

1.2.3. História da maternidade e da paternidade em casamentos/coabitações anteriores

A maioria das mulheres (90.4%) e dos homens (92.1%) não teve casamento ou coabitação anterior ao actual relacionamento conjugal. Entre os que tiveram, uma grande parte refere ter havido gravidez(es) (69.2% das mulheres e 68.8% dos homens). Uma única gravidez aconteceu em 70.4% das mulheres e em 72.7% dos homens e, nos restantes casos,

ocorreram entre 2 e 4. Quatro mulheres e um homem referiram interrupções de gravidez em relação conjugal anterior.

Uma gestação completa foi referida por 76% das mulheres e 71.4% dos homens; duas foram indicadas por 16% das mulheres e 19% dos homens e três ocorreram em 8% das mulheres e 9.5% dos homens. As referidas pelos homens decorreram a termo, à excepção de um caso numa primeira gravidez cuja gestação foi de 36 semanas. Para estes homens, o primeiro nascimento ocorreu entre os seus 17 e os 34 anos de idade ($M = 25.74$, $DP = 3.72$), o segundo entre os 22 e os 33 anos ($M = 28.83$, $DP = 3.97$) e o terceiro também entre os 22 e 33 anos ($M = 27.50$, $DP = 7.78$). Estes resultados estão sistematizados no Apêndice A3-1.2., Quadro 4.

1.2.4. Caracterização da gravidez actual na mulher e no homem

A gravidez actual foi, na maior parte dos casos, planeada pelos casais (mulheres: 76.9%; homens: 76.4%). Os que referiram não o ter feito, aceitaram-na facilmente (mulheres: 70.2%; homens: 87.5%), com os homens a aceitarem-na com mais facilidade do que as mulheres. Há, no entanto, 28.7% de mulheres e 11.5% dos homens a referir dificuldades em aceitar a gravidez e, em 1.1% de casos ($n = 1$) ainda nenhum elemento do casal a aceitou, tratando-se de uma gravidez claramente indesejada.

A percepção das mulheres relativamente à aceitação da gravidez por parte do marido/companheiro é percentualmente diferente da referida por eles. As mulheres consideram que a aceitação foi fácil para eles em 84% (eles referem-no em 87.5%), que foi difícil em 16% (eles referem-no em 11.5%) e nenhuma considera que o marido/companheiro não aceitou a gravidez. No entanto, existe um homem que ainda não a aceitou (1.1% de casos), mas a sua mulher mostra desconhecê-lo.

Independentemente do tipo de aceitação da gravidez, 47.9% das mulheres e 36.1% dos homens consideram que esta não se adequa ao momento actual da vida familiar alegando, na maior parte dos casos, razões de ordem financeira (51.1%) e interferência com outros projectos (20%), mas também razões relacionadas com outros filhos (8.9%), ou factores ligados à profissão (8.9%). Factores conjugais (4.4%), problemas de saúde (4.4%) ou de outra natureza (2.2%) foram também evidenciados.

A vigilância de saúde pré-natal nesta gestação foi feita no centro de saúde (58%), na maternidade (40.5%) ou em serviço privado (1.5%). A grande maioria (96.3%) previa que o

parto viesse a ocorrer numa das maternidades de Coimbra. Os quadros com esta informação estão organizados no Apêndice A3-1.2., Quadro 5.

1.3. Caracterização clínica da amostra nos II e III trimestres de gravidez e no resultado do parto - segundo estudo

O segundo estudo refere-se à recolha de dados da evolução da gravidez no II e no III trimestres e ao resultado do parto que inclui as características do recém-nascido e a sua saúde no momento do nascimento.

1.3.1. Caracterização clínica dos II e III trimestres de gravidez

O segundo estudo é constituído por 395 casos, tendo-se perdido 12 dos 407 inquiridos da amostra inicial (Apêndice A3-2 Quadro 6)

Ao longo da gestação, a maior parte das grávidas (75.7%) manteve uma gravidez saudável e 24.3% (n = 96) manifestou algum problema de saúde. Entre estas, os problemas de saúde descritos foram, essencialmente, ameaça de parto pré-termo (22.9%), diabetes gestacional (21.9%), hipertensão arterial (10.4%), oligoâmnios (9.4%), cólica renal (6.3%) e colestase gravídica (3.1%). Os restantes dispersaram-se por um conjunto de vinte patologias diferentes, em que cada uma se situa abaixo dos 3%.

Se reagruparmos as patologias em três categorias, APP (ameaça de parto pré-termo), doenças com possível conotação psicossomática (HTA, eclâmpsia, síndrome de HELLP, obesidade) e outras doenças, constatamos que 22.9% são APP, 22.9% são relacionáveis com condições psicossomáticas e a maior parte (54.2%) são doenças orgânicas de outro tipo.

Tomando como referência a amostra total, verificamos que as ameaças de parto pré-termo se situaram nos 5.8%, a diabetes gestacional nos 5.3%, a hipertensão arterial nos 2.5%, o oligoâmnios nos 2.3% e, muito abaixo de 2%, cada uma das outras doenças encontradas, o que vai ao encontro dos valores referidos na literatura médica.

As doenças atrás referidas ocorreram mais no terceiro trimestre (65.6%) do que no segundo (34.4%), entre as 18 e as 40 semanas de gestação ($M = 30.90$ semanas, $DP = 4.57$) e tiveram a duração de um dia a duzentos dias ($M = 38.65$, $DP = 43.06$). Das gestantes com

problemas de saúde durante a gravidez, mais de metade (58.3%) não necessitaram de internamento hospitalar, tendo resolvido a situação com tratamento no domicílio.

A duração média da gravidez foi de 38.54 semanas ($DP = 1.66$), situando-se entre as 25 e as 41 semanas.

1.3.2. Características do parto e saúde do bebé no momento do nascimento

Os partos ocorreram, na grande maioria, em Coimbra, na Maternidade Bissaya Barreto (91.9%), seguida da Maternidade Daniel de Matos (3.8%). Fora desta cidade, em outros hospitais, aconteceram 4.3% dos partos.

As grávidas, em 67.3% dos casos, entraram espontaneamente em trabalho de parto. Mais de metade dos partos foram eutócicos (50.9%). Por cesariana, ocorreram 26.8%, e os restantes 22.3% tiveram a intervenção da ventosa, do fórceps ou de ambos. As razões médicas para a realização da cesariana foram a incompatibilidade feto-pélvica (36.8%), o sofrimento fetal agudo (30.2%), a apresentação pélvica (12.3%), a realização de cesariana anterior (9.4%) e a cesariana electiva (4.7%). Abaixo de 5%, houve outras razões maternas ou fetais para ser feita uma cesariana.

Os bebés do género masculino (52.4%) foram mais frequentes do que os do género feminino. Os bebés pesavam, em média, 3184.62g ($DP = 474.37$, $Min. = 1480.00$ g, $Max. = 4420.00$ g). O índice de APGAR ao primeiro minuto variou entre 1 e 10 ($M = 8.65$, $DP = 1.21$), ao quinto minuto variou igualmente entre 1 e 10 ($M = 9.81$, $DP = 0.67$) e ao décimo minuto este índice variou entre 8 e 10 ($M = 9.93$, $DP = 0.27$).

A grande maioria dos bebés nasceu saudável (80.3%). Não sobreviveram dois fetos (0.5%), em que um teve morte fetal às 30 semanas e o outro apresentava malformações congénitas tendo sido realizada interrupção médica da gravidez às 25 semanas. Os problemas de saúde à nascença ocorreram em 19.2% dos bebés. Destes, o nascimento pré-termo foi o mais frequente (32.9%), seguido da presença de dificuldade respiratória (17.1%), doença interna (17.1%), circular apertada ao pescoço (15.8%) e traumatismo de parto (15.8%). Apenas em 1.3% dos casos, os problemas de saúde do bebé foram devidos a doença materna.

Em relação ao total da amostra ($n = 395$), nasceram pré-termo 6.3% ($n = 25$) dos bebés, valor abaixo do indicado pelas estatísticas nacionais (6.4% em 2002 e 9.1% em 2007) (Instituto Nacional de Estatística, 2007) e internacionais (cerca de 7.7%). Os bebés

pré-termo perfazem, no nosso estudo, 32.9% dos bebês que nasceram com problemas de saúde.

Dos recém-nascidos que nasceram com problemas de saúde, 18.4% foram separados da mãe após o parto. Essa separação durou, em média, 18.43 dias (*Min.* = 1.00, *Max.* = 50.00, *DP* = 15.53) e a razão que mais a provocou foi o nascimento pré-termo (71.4%). Estes resultados encontram-se no Apêndice A3-3, Quadros 7 e 8.

1.4. Caracterização da sub-amostra do terceiro estudo

Os casais que responderam à solicitação para o preenchimento do instrumento de recolha de dados num segundo momento, que corresponde ao terceiro estudo, 6 a 12 meses após o parto, foram 67 (*n* = 67 casais). São estes casais que nos vão permitir comparar, estatisticamente, os resultados obtidos no período pré-natal com os resultados obtidos no período pós-natal. Consideramos da maior importância conhecer as características sociodemográficas e clínicas mais relevantes destes casais, que são uma parte da amostra já apresentada.

Estes resultados estão sistematizados no Apêndice A3-4.

1.4.1. Características sociodemográficas

Os casais participantes neste terceiro estudo são maioritariamente casados (76.1%), tal como na amostra inicial. As mulheres são mais novas do que os homens, têm em média 30.21 anos (*DP* = 4.24, *Min.* = 22.00, *Max.* = 38.00) e eles têm 31.79 (*DP* = 4.94, *Min.* = 22.00, *Max.* = 44.00). A idade dos participantes é semelhante à observada nos homens da amostra inicial e as mulheres são, nesta sub-amostra, ligeiramente mais velhas.

As mulheres são mais escolarizadas, com 13.57 anos de escolaridade média (*DP* = 3.13, *Min.* = 7.00, *Max.* = 19.00) onde 43% pertencem à categoria 1 da classificação de Graffar (1956), seguidas de 31% pertencentes à categoria 2 e 23.9% à categoria 3. Os homens frequentaram, em média, 11.67 anos de escolaridade (*DP* = 3.88, *Min.* = 4, *Max.* = 22) e 38.8% situam-se na categoria 3 da referida classificação, seguidos de 25.4% na 2 e 23.9% na categoria 1. Na categoria 4 há apenas uma mulher (1.5%) e oito homens (11.8%).

A categoria profissional das mulheres é, também, superior à dos homens. Na categoria 1, encontram-se 43.3% das mulheres e 25.4% dos homens. Na categoria 2, estão 4.5% dos homens e nenhuma mulher. Na categoria 3, há 28.4% das mulheres e 61.2% dos homens. Quando se trata da categoria 4, voltam a ser mais frequentes as mulheres (20.9%) do que os homens (7.5%), assim como, na categoria 5, há 7.5% de mulheres e 1.5% de homens.

O estatuto ocupacional da maior parte das mulheres e dos homens (67.2% e 74.6%, respectivamente) é estável, com vínculo laboral. No caso das mulheres, 20.9% têm contrato de trabalho, o que acontece em 6% dos homens. Por conta própria, trabalham 14.9% dos homens e 4.5% das mulheres. Estas estão desempregadas em 6% dos casos e os homens em 1.5%. As fontes de rendimento das mulheres e dos homens provêm, na grande maioria, do salário mensal que ambos recebem (89.6% das mulheres e 94% dos homens), valor este superior ao encontrado na amostra.

Estas mulheres e estes homens têm mais anos de escolaridade, em média, do que o grupo total, assim como são mais frequentes os que têm profissões de categoria 1. São, também, em maior percentagem os que têm estatuto ocupacional estável, os que trabalham por conta própria e o número de mulheres desempregadas. Em consequência da categoria profissional e do estatuto ocupacional, o salário mensal é mais frequente nestes sujeitos do que qualquer outra fonte de rendimentos, o que acontece também com a totalidade da amostra.

Os casais moram em maior percentagem em moradia (52.2%), tal como na amostra estudada. O agregado familiar destes casais era, em 62.7% dos casos, constituído pelo casal, percentagem superior à da amostra (agora que o bebé nasceu, têm um descendente). Os restantes tinham um filho ou mais (neste momento têm dois ou mais filhos). Quanto ao estatuto socioeconómico, é o nível 1 que contém a maior percentagem de mulheres (40.3%) e o nível 2 contém a maior percentagem de homens (62.7%). Os níveis 4 e 5 não são ocupados por qualquer elemento. O ESE do casal está, na maior parte dos casais no nível 2 (65.7%) e os restantes 32.9% dividem-se equitativamente pelo nível 1 e pelo nível 3 (Apêndice A3-4.1., Quadro 9).

1.4.2. Características clínicas durante a gravidez

Quanto à situação obstétrica, enquanto grávidas, as mulheres participantes no terceiro estudo frequentaram o centro de saúde em 52.2% dos casos e apenas 1.5% optou por serviço privado. As restantes foram vigiadas na maternidade.

As mulheres desta sub-amostra, quando foram entrevistadas pela primeira vez, apresentavam uma média de 21.34 semanas de gestação ($DP = 2.40$); tinham aumentado de peso, em média, 4.92 kg ($DP = 2.59$), valor este abaixo do aumento de peso encontrado na amostra total das grávidas; a grande maioria não teve dificuldade em engravidar (82.1%). Das 17.9% que referiram essa dificuldade, 10.4% esperaram mais de um ano. Nenhuma das participantes referiu doenças associadas à gravidez.

Os casais que planearam a gravidez foram 82.1%. Dos 17.9% que não planearam, 14.9% aceitou-a facilmente e os outros 3% aceitaram com dificuldade. Destes, 1.5% dos homens não tinham ainda aceitado a gravidez na primeira entrevista. Além disso, 7.5% dos homens e 4.5% das mulheres consideraram não ser esta uma boa altura para a gravidez, sendo o motivo, essencialmente, a interferência com outros projectos (3% nas mulheres e 4.5% nos homens). Resultados expressos no Apêndice A3-4.2., Quadro 10.

Na história ginecológica e obstétrica, das mulheres que tiveram gravidezes anteriores, 38.8% referiu ter tido uma gravidez saudável e 6% referiu ter tido algum problema de saúde. Relativamente aos problemas de saúde anteriores à gravidez actual, foram referidos por 10.4% das inquiridas, dos quais os mais frequentes foram a HTA e a ansiedade. O primeiro filho destas mulheres nasceu, em média, com 38.50 semanas de gestação ($DP = 1.53$), o que ocorreu entre as 35 e as 41 semanas. Sem filhos, temos 64.2% das mulheres, com um filho 28.4% e com dois filhos temos 7.5% (Apêndice A3-4.2., Quadro 11).

Quanto à história da maternidade e da paternidade, tiveram casamentos ou coabitações anteriores 9% das mulheres e 4.5% dos homens. Entre estes sujeitos, 3% das mulheres e 3% dos homens referiram a ocorrência de gravidezes, completas no caso das mulheres e uma completa (1.5%) e uma interrompida (1.5%) no caso dos homens (Apêndice A3-4.2., Quadro 12).

1.4.3. Caracterização clínica dos II e III trimestres de gravidez

Ao longo da gravidez, a maior parte das grávidas teve uma gravidez saudável (70.1%). Do total de mulheres que tiveram patologia da gravidez, esta ocorreu entre as 18 e as 40 semanas ($M = 29.95$, $DP = 5.40$), com maior percentagem no III trimestre (60% dessas mulheres). As grávidas que sofreram patologia necessitaram de internamento em 25% dos casos.

Se agruparmos as doenças por categorias, constatamos que as doenças mais frequentes foram a diabetes gestacional (35%, ou 10.4% do total), seguida da ameaça de parto pré-termo (20%, ou 6% do total) e da HTA e doenças relacionadas (20%, ou 6% do total). A patologia da gravidez e do feto incidiu em 10% dos casos (ou 3% do total) e outras doenças diversas afectaram 15% das grávidas (ou 4.5% do total). Houve maior percentagem de grávidas com diabetes nesta sub-amostra do que na amostra total e ligeiramente menos percentagem de grávidas com ameaça de parto pré-termo (20% vs. 22.9%), conforme se pode observar no Apêndice A3-5, Quadro 13.

1.4.4. Características do parto e da saúde do bebé no momento do nascimento

A idade gestacional dos bebés foi em média de 38.73 ($DP = 1.23$), tal como na amostra total, dispersando-se entre as 34 e as 40 semanas de gestação, não se tendo verificado aqui “grandes prematuros”, o que aconteceu na amostra total. O trabalho de parto foi espontâneo em 70.1% dos casos e o tipo de parto foi maioritariamente eutócico (62.7%), valor este muito acima do verificado na amostra conjunta. As mulheres que tiveram parto por cesariana foram 16.4%. Considerando o total de cesarianas, a maioria deveu-se a incompatibilidade feto-pélvica (45.5%), seguida de sofrimento fetal agudo (27.3%), apresentação pélvica, em 18.2% dos casos e por cesariana anterior em 9.1% das mulheres. Os restantes partos foram intervencionados com fórceps e/ou ventosa.

Os bebés nasceram saudáveis em 80.6% dos casos, tal como na amostra total. Os problemas dos bebés ao nascer foram: “circular apertada ao pescoço” (28.6%); parto pré-termo (21.4%); doença interna do bebé (21.4%); traumatismo provocado na realização do parto (14.4%); dificuldade respiratória (7.1%) e doença materna (7.1%). Na amostra total, a ocorrência de parto pré-termo foi o problema mais frequente seguida de dificuldade respiratória.

Se considerarmos os problemas de saúde dos bebês ao nascer, em relação ao total da sub-amostra, observamos que 6% nasceram com circular apertada ao pescoço, 4.5% nasceram de pré-termo e em 4.4% havia uma doença interna do bebê. Também, na sub-amostra, se encontra menor percentagem de bebês pré-termo em relação às estatísticas oficiais.

Neste estudo, tal como o observado no estudo com a amostra inicial, os bebês do sexo masculino são mais frequentes (61.2%) do que os do sexo feminino. O peso dos bebês variou entre 2190g e 4300g ($M = 3183.06$, $DP = 403.05$). O índice de APGAR ao primeiro minuto dispersou-se entre 3 e 10 ($M = 8.78$, $DP = 1.13$), ao quinto entre 8 e 10 ($M = 9.85$, $DP = 0.47$) e ao décimo, esteve entre 9 e 10 ($M = 9.96$, $DP = 0.21$). Nenhum bebê foi separado da mãe após o nascimento (Apêndice A3-6, Quadros 14 e 15).

1.5. Síntese dos resultados sociodemográficos e clínicos da amostra nos estudos

Os casais estão unidos por casamento, as mulheres são mais novas e mais escolarizadas do que os seus maridos/companheiros têm em média 29.62 anos e eles têm 31.77 anos, a sua categoria profissional é semelhante ou até inferior, estando a maior parte na categoria 3, tal como os homens. Há menos mulheres com vínculo laboral e mais mulheres com contratos precários de trabalho e, também, elas têm mais subsídios ou pensões e mais desemprego do que eles. Os rendimentos familiares provêm, essencialmente, dos salários mensais e a sua habitação é do tipo moradia, com boas condições de habitabilidade, nomeadamente água e esgotos. O estatuto socioeconómico dos casais está acima da média (Graffar, 1956) e ambos os elementos contribuem para tal. Mais de metade dos casais constituem uma família sem filhos e, a outra parte, tem filhos e/ou ascendentes no seu núcleo familiar. Residem em seis distritos da região Centro do país, sendo Coimbra o distrito mais representado.

As mulheres estão grávidas no segundo trimestre, em média têm 21.24 semanas de gestação, não tiveram dificuldade em engravidar e têm uma gravidez saudável com aumento de peso equilibrado. Não consomem tabaco ou bebidas alcoólicas na sua grande maioria, mas importa salientar que 4.7% das grávidas continua a fumar apesar das campanhas e das recomendações para a cessação tabágica. Algumas consomem bebidas alcoólicas ocasionalmente.

Na sua história ginecológica, há a referir a menarca em torno dos 12.40 anos de idade, a regularidade menstrual quase imediata e a presença de dores ou de incómodo durante a menstruação.

Na história obstétrica, que se cruza com a história da maternidade, um pouco mais de metade das mulheres são primigestas e quase metade já tiveram gravidezes anteriores. Destas, menos de metade (37.8%) teve interrupções de gravidez, que, na maior parte dos casos, foi apenas uma. Estas interrupções foram de três tipos (voluntárias, espontâneas e médicas), sendo a interrupção espontânea a que tem maior expressão com um grande número de casos e num vasto leque de idades.

O número de nascimentos e o número de filhos nas grávidas é muito próximo denotando a baixa mortalidade neonatal. Nas múltiparas, a sua idade no primeiro parto foi, em média, de 24.85 anos. No segundo parto eram ligeiramente mais novas, tinham 24.57 anos em média. E o terceiro parto aconteceu, em média, ainda mais cedo do que os anteriores, aos 24.50 anos de idade. A maior incidência em todos eles foi entre os 21 e 25 anos.

A idade gestacional dos bebés que nasceram foi de 38.48 semanas de gestação, em média, no primeiro filho, havendo, neste caso, 12.9% de nascimentos pré-termo. Quando se tratou de um segundo filho, este nasceu, em média, às 38.71 semanas e 9.6% de nascimentos foram pré-termo. O terceiro filho nasceu, em média, às 40.50 semanas de gestação e não houve partos pré-termo.

A maior parte das gravidezes anteriores foram saudáveis, à excepção de menos de 20% dos casos em que houve problemas de saúde, e, destes, houve um pequeno número de internamentos. A propósito do resultado da gravidez anterior, quase um quarto das mulheres referiu ameaça de parto pré-termo.

A saúde geral destas mulheres durante a gravidez actual é boa, sendo que problemas de saúde foram referidos em pequeno número de casos (entre 1.5 e 3%), tais como HTA; asma/bronquite/rinite; doença da tiróide; doença hematológica, todas anteriores à gravidez actual.

Quando se faz a história da maternidade e da paternidade em casamentos/coabitações anteriores constata-se que, para a maioria das mulheres e dos homens, a relação conjugal actual é a primeira. Menos de 10% viveram uma relação conjugal anterior. Muitos destes tiveram, associada a essa ligação, uma ou mais gravidezes, que foram levadas a termo na maior parte dos casos. Os homens, nesta situação, tiveram o nascimento do seu primeiro filho aos 25.74 anos.

A gravidez actual foi planeada na maior parte dos casos e, nos outros, foi aceite facilmente, embora mais pelos homens do que pelas mulheres. Os que não queriam a gravidez nesta altura alegaram, essencialmente, razões de natureza económica como as mais relevantes.

A vigilância pré-natal foi feita em serviços de saúde especializados e o parto estava previsto ocorrer maioritariamente em Coimbra.

Na maior parte das grávidas, a gravidez decorreu de forma saudável (75.7%). Quando tal não aconteceu, foi a ameaça de parto pré-termo que mais esteve presente (5.8% da amostra total), logo seguida de diabetes gestacional (5.3% do total das grávidas). Apesar de as doenças da gravidez terem acontecido entre as 18 e as 40 semanas, foi no terceiro trimestre que mais aconteceram. A maioria destas grávidas não precisou de ser internada durante a gestação.

As grávidas, na sua maior parte, entraram em trabalho de parto espontaneamente, mais de metade dos seus partos foram eutócicos e mais de um quarto dos partos ocorreu por cesariana (26.8%). Esta foi devida, sobretudo, a incompatibilidade feto-pélvica e a sofrimento fetal agudo. A esmagadora maioria dos partos ocorreu numa maternidade de Coimbra, tal como estava previsto. Do total da amostra 6.3% foram partos pré-termo, valor inferior aos nacionais.

Mais de metade dos recém-nascidos são do género masculino. Pesavam, em média, 3184.62g. O índice de APGAR foi de 8.56, em média, ao primeiro minuto, de 9.81 ao quinto e de 9.93 ao décimo minuto. A grande maioria dos bebés nasceu sem problemas. Dos que tiveram problemas, uma pequena parte foi separada da mãe, devido, sobretudo, a parto pré-termo, tendo tido alta da unidade de cuidados intensivos logo que a sua saúde foi recuperada, seguindo, para o domicílio familiar, com os seus progenitores. Do total da amostra, 6.3% dos bebés nasceram pré-termo, percentagem inferior à estatística nacional.

No terceiro estudo, oito a doze meses após o nascimento, participaram 67 dos casais iniciais, na sua maioria casados, com média de idades de 30 anos no caso das mulheres e de 31 no caso dos homens. Nesta sub-amostra, as mulheres são mais escolarizadas do que os homens. A sua escolaridade em anos de estudo com sucesso apresenta uma média de 13.57 no caso das mulheres e de 11.67 no caso dos homens. A maior parte das mulheres está na categoria 1 e a maior percentagem de homens situa-se na categoria 3 da escolaridade.

Também a categoria profissional das mulheres é superior à dos homens. Há mais mulheres (43.3%) na categoria 1 e mais homens (61.2%) na categoria 3. O estatuto ocupacional das maior parte das mulheres e dos homens é estável, com vínculo laboral e as

fontes de rendimentos provêm, na grande maioria, do salário mensal que ambos recebem. Mais de metade dos casais habitam numa moradia. O agregado familiar actual é, na maior parte dos casos, constituído pelo casal e um descendente, que é o bebé que nasceu. Os restantes têm agora dois filhos ou mais. Quanto ao estatuto socioeconómico, é o nível 1 que contém a maior percentagem de mulheres e o nível 2 contém a maior percentagem de homens.

As grávidas frequentaram o centro de saúde em mais de metade dos casos. Quando foram inquiridas pela primeira vez estavam com 21.34 semanas de gestação em média e, até àquele momento, tinham aumentado de peso, em média, 4.92 Kg. A grande maioria não teve dificuldade em engravidar e, das que referiram essa dificuldade, a maior parte esperou mais de um ano. Nenhuma das participantes referiu doenças associadas à gravidez.

Os casais planearam a gravidez em 82.1%. Dos que não planearam, a maior parte aceitou-a facilmente, embora também a maior parte considerasse não ser esta uma boa altura para a gravidez.

Das mulheres desta sub-amostra que tiveram gravidezes anteriores, a maior parte teve uma gravidez saudável. Os problemas de saúde referidos com mais frequência foram a HTA e a ansiedade. O seu primeiro filho nasceu, em média, com 38.50 semanas de gestação (entre as 35 e as 41 semanas). Sem filhos, temos 64.2% das mulheres, com um filho encontramos 28.4% e com dois filhos existiam 7.5%.

Os casamentos ou coabitações anteriores foram mais frequentes nas mulheres do que homens, mas ambos em pequena percentagem (9% e 4.5%, respectivamente). Destes, 3% das mulheres e 3% dos homens referiram a ocorrência de gravidezes e todas elas completas.

Ao longo da gravidez, a maior parte destas mulheres teve uma gravidez saudável. Das que tiveram patologia da gravidez, esta aconteceu, na maior parte dos casos, no terceiro trimestre. Só uma pequena parte precisou de internamento. As doenças mais frequentes foram, por ordem de grandeza, diabetes gestacional, ameaça de parto prematuro e HTA. As restantes patologias tiveram muito baixo número de casos.

A idade gestacional dos bebés foi, em média, de 38.73 (variou entre as 34 e as 40 semanas). O desencadeamento do trabalho de parto foi maioritariamente espontâneo e o tipo de parto foi na sua maioria eutócico. Os bebés nasceram saudáveis na maioria dos casos e os bebés do sexo masculino são mais frequentes. O peso dos bebés foi normal ($M = 3183.06$ g), assim como o índice de APGAR. Nenhum bebé foi separado da mãe após o nascimento.

2. Testes de hipóteses

Neste capítulo apresentamos e analisamos os resultados obtidos nos testes das hipóteses colocadas, cujos objectivos, metodologia e instrumentos utilizados, bem como o estudo psicométrico das escalas, foram atrás descritos e apresentados.

Cada hipótese é testada separadamente. A estatística utilizada foi a inferencial, paramétrica univariada e multivariada. Os testes aplicados foram os de associação, como as correlações de Pearson e Qui quadrado, os testes de comparação de médias, *t* de Student e ANOVA, as regressões lineares múltiplas, a estatística multivariada, MANCOVA e ANCOVA, e, a análise múltipla da variância com o teste de medições repetidas. Utilizaram-se, ainda, os testes que garantem a utilização dos já referidos. Assumimos um intervalo de confiança de 95%.

A normalidade da amostra, para cada variável, atrás analisada com recurso ao teste de Kolmogorov-Smirnov, não se verificou em algumas situações. A decisão de utilizar unicamente testes paramétricos prendeu-se com as características da amostra, tal como o seu tamanho representativo e a robustez desses testes estatísticos à violação dos pressupostos da normalidade (Maroco, 2007).

Na utilização dos testes de comparação de médias ANOVA e *t* de Student, tivemos em atenção a análise da homogeneidade da variância, avaliada pelo teste de Levene, considerando $p > .05$. Quando tal não se observou, foi utilizado o teste Brown-Forsythe como alternativa à ANOVA e, no teste *t* de Student, utilizámos a estatística relativa à igualdade de variância não assumida.

Os testes de diferença de médias foram aplicados quando o número de casos em cada célula se encontrava acima, ou muito próximo, de 10% do tamanho da amostra. Para cumprir este propósito, procedemos, em algumas variáveis, ao agrupamento de categorias, o que será indicado ao longo da apresentação dos mesmos.

Na utilização da análise múltipla da variância (General Linear Model) para medidas repetidas, foi garantido o pressuposto da esfericidade com o teste de Mauchly ($p > .05$) e foi aplicada a correcção da desigualdade de Bonferroni a cada escala e suas dimensões, para ajustar o nível alfa seleccionado, controlando a taxa de erro tipo I.

Nos testes multivariados MANCOVA e ANCOVA nem sempre foi possível garantir os pressupostos descritos e propostos para a sua utilização. No entanto, dada a robustez do *F*, o tamanho da amostra e, sobretudo, o número de graus de liberdade, prosseguimos com a

utilização destes testes. Ao longo da apresentação dos resultados, faremos referência a estes aspectos.

Em todas as estatísticas multivariadas, tivemos em consideração a dimensão do efeito, e o valor do poder do teste (P) ou poder estatístico, para detectar efeitos de interesse significativo no nosso estudo e aceitar a possibilidade de generalizar os resultados.

A dimensão do efeito, ou medida de força da relação, foi avaliada a partir do resultado de Eta quadrado parcial (η^2_p), que corresponde à proporção da variabilidade do factor e do erro, explicada pelo factor em estudo. Os seus resultados foram analisados de acordo com Maroco (2007): muito elevada quando $\eta^2_p > 0.5$, elevada se $0.25 < \eta^2_p \leq 0.5$, média se $0.05 < \eta^2_p \leq 0.25$, pequena se $\eta^2_p \leq 0.05$. O poder observado (P) é tanto maior quanto mais próximo de 1 (admitimos $P > .80$).

Os testes de hipóteses são apresentados e analisados em seguida. Os resultados estatísticos apresentados em quadros são apresentados ao longo do texto e, nos outros casos, podem ser consultados no Apêndice 4. A alusão às medidas de tendência central que tenham sido descritas anteriormente será acompanhada da página onde se encontram para facilmente poderem ser consultadas. A discussão dos resultados é feita no capítulo seguinte.

2.1. Primeiro estudo – A vinculação pré-natal em articulação com as variáveis psicológicas, sociodemográficas e clínicas durante a gravidez

H₁ – Existem correlações positivas e significativas entre os valores das variáveis psicológicas avaliadas na mulher e no homem durante a gravidez.

Para testar a hipótese H₁, recorreremos ao teste de correlação de *Pearson* e correlacionamos as variáveis psicológicas das mulheres com as mesmas variáveis dos homens. As variáveis consideradas em estudo e susceptíveis de serem correlacionadas foram a vinculação pré-natal, a satisfação com a vida conjugal, o coping, o stress profissional, os estados emocionais negativos (total, depressão, ansiedade e stress) e a sintomatologia psicopatológica.

Os resultados obtidos e que estão presentes no Quadro 19 apontam para a existência de correlações positivas e significativas entre mulheres e homens, em todas as variáveis.

As correlações entre as variáveis psicológicas das mulheres e dos homens são moderadas no que se refere à satisfação com a vida conjugal, o que é um indicador muito

interessante dado que a conjugalidade, pelo menos desde a concepção, foi critério de inclusão dos sujeitos na amostra e as correlações são baixas no que diz respeito à vinculação materna e paterna ao feto, mostrando claramente que esta vinculação, embora aconteça em sentido directo, tal como era esperado, é um processo individual em cada progenitor.

As correlações entre o coping, o stress no contexto profissional, os estados de humor negativos e os sintomas psicopatológicos das mulheres e dos homens, embora positivas e significativas, oscilam entre baixas e muito baixas.

Quadro 19. Correlações de Pearson entre as variáveis psicológicas e suas dimensões, da amostra feminina (f) e masculina (m) durante a gravidez

<i>Escalas</i>	<i>Dimensões</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
EVPN	Total materna vs. total paterna	.28	.000
	QVM vs. QVP	.28	.000
	IPM vs. IPP	.24	.000
EASAVIC	Total f vs. total m	.52	.000
	FC f vs. FC m	.48	.000
	Amor f vs. Amor m	.50	.000
	Casal f vs. casal m	.50	.000
	Próprio f vs. próprio m	.45	.000
	Outro f vs. outro m	.51	.000
IRP	Total f vs. total m	.20	.000
	Pedi. ajud. f vs. pedi. ajud. m	.16	.001
	Con.R.A.P. f vs. Con.R.A.P. m	.23	.000
	Aban.Pas. f vs. Aban.Pas m	.15	.002
	Cont.I/E f vs. Cont.I/E m	.17	.001
	Est.C.E f vs. Est.C.E m	.21	.000
PSS	A.-R.Med f vs. A.-R.Med m	.17	.001
	Total f vs. total m	.17	.002
DASS	Total f vs. total m	.16	.001
	Depr. f vs. Depr. m	.14	.006
	Ans. f vs. Ans. m	.16	.001
	Stress f vs. Stress m	.14	.006
BSI	IGS f vs. IGS m	.28	.000
	TPS f vs. TPS m	.27	.000
	ISP f vs. ISP m	.13	.000
	Som f vs. Som m	.19	.000
	O-C f vs. O-C m	.19	.000
	SIP f vs. SIP m	.23	.000
	Dep. f vs. Dep. m	.24	.000
	Ans. f vs. Ans. m	.19	.000
	Host. f vs. Host. m	.14	.005
	Ans.Fób. f vs. Ans.Fób. m	.19	.000
	IP f vs. IP m	.29	.000
P f vs. P m	.26	.000	

Analizamos, em seguida, os resultados estatísticos do r de Pearson e do nível de significância observado entre as variáveis estudadas de acordo com o Quadro 19, acima apresentado.

A vinculação pré-natal total, das mães e dos pais, está positiva e significativamente correlacionada, assim como a qualidade da vinculação e a intensidade da preocupação, com correlações que variam entre .24 e .28 e nível de significância é de .000.

A satisfação com a vida conjugal das mulheres e dos homens que esperam um filho correlaciona-se moderada, positiva e significativamente, na escala total e nas dimensões funcionamento conjugal e amor. O mesmo acontece nas zonas cujo foco é o outro, o próprio ou o casal. O r de Pearson, nas dimensões referidas, oscila entre .48 e .52, com $p = .000$.

Durante a gravidez, as estratégias de coping global dos homens e das mulheres estão correlacionadas positiva e significativamente ($p < .01$), com correlações baixas e significativas, situadas entre .15, a mais baixa correlação (observada no Abandono Passivo perante a Situação) e .23, o valor mais elevado das dimensões desta escala (observada no Controlo e Resolução Activa dos Problemas e Planificação da Estratégia).

No que se refere às variáveis clínicas, o stress percebido no contexto profissional, durante a gravidez, nas mulheres e nos homens, está correlacionado positiva e significativamente ainda que com uma associação muito baixa ($r = .17$, $p = .002$). Os estados emocionais negativos na escala total, na depressão, na ansiedade e no stress apresentam correlações positivas e significativas entre as mulheres e os homens. As associações entre as variáveis são muito baixas, oscilando entre $r = .14$ e $r = .16$, seguem no mesmo sentido e têm significado estatístico significativo ($p < .01$).

Os sintomas psicopatológicos, avaliados pelo BSI, correlacionam-se positiva e significativamente entre mulheres e homens, com $p < .01$ e um valor de correlação a variar entre .14 (Hostilidade) e .29 (Ideação Paranóide). Nos sintomas em análise e nos totais a correlação no IGS (índice geral de sintomas) é $r = .28$, $p = .000$, no TSP (total de sintomas positivos) o $r = .27$ e o $p = .000$ e para o ISP (índice de sintomas positivos) o $r = .13$ com $p = .01$.

Em conclusão, na testagem desta hipótese, as mulheres e os homens no período pré-natal mostram associações positivas e significativas no que se refere à organização psicológica em análise, sendo interessante enfatizar que as melhores associações se encontram na satisfação com a vida conjugal, seguidas da vinculação ao feto, enquanto as mais baixas se situam em algumas estratégias de resolução de problemas, nos estados de

humor negativos e em alguns sintomas psicopatológicos. A hipótese enunciada confirma-se.

H₂ – Existem diferenças significativas entre os valores das variáveis psicológicas medidas em mulheres e homens, do mesmo casal, durante a gravidez.

A análise da hipótese anterior permitiu conhecer a relação entre as variáveis psicológicas, das mulheres e dos homens, e o significado estatístico dessa relação. Em seguida, passamos à testagem das diferenças de médias na organização psicológica dos dois grupos de sujeitos, enquanto pares conjugais, por esse motivo a análise será emparelhada.

Para testar a hipótese H₂ realizou-se o teste de medidas repetidas, junto dos pares de mulheres e homens que constituem os casais em estudo. A opção por este teste deveu-se à necessidade de ter em conta as diferenças existentes nas idades e na escolaridade dos elementos do casal (encontradas com a aplicação do teste *t* de Student para amostras emparelhadas), controlando e contabilizando a variabilidade entre os sujeitos associada a essas diferenças, através de uma soma de quadrados adicional, o que permite efectuar a comparação entre as duas medidas (Maroco, 2007; Pestana & Gageiro, 2000; Reinard, 2006).

O pressuposto da esfericidade, indispensável para a realização do teste e aceitação dos resultados, foi garantido em todas as variáveis dependentes com o teste de Mauchly \geq .05.

A análise dos resultados foi feita tendo em conta: o nível de significância encontrado em cada escala no total e em cada dimensão, a correcção da desigualdade de Bonferroni (apurada para o conjunto das dimensões e total de cada variável), a dimensão do efeito (η^2_p) e o resultado do poder do teste (*P*).

A aplicação do teste mostrou que há diferenças significativas entre os membros do casal durante a gravidez no que se refere a algumas características psicológicas e não em relação a outras. Ainda, dentro da mesma variável psicológica, encontram-se diferenças entre os membros do casal nas diversas dimensões, o que pode ser observado nos quadros que se seguem.

As diferenças significativas entre os pares que constituem os casais encontram-se na vinculação ao feto, total e dimensões, em que a mulher mostra valores mais elevados na satisfação com a vida conjugal focada no próprio (apresentando os homens, em média, valores mais elevados), no IRP total, assim como no CRAPPE- controlo e resolução activa

dos problemas e planificação da estratégia e nas ECE - estratégias de controlo das emoções (com os homens a apresentarem estratégias mais adequadas). As diferenças entre os membros do casal existem também no stress profissional, significativamente superior nas mulheres em comparação com os seus cônjuges. Os estados de humor negativos, no total, na ansiedade e no stress, em média, são mais elevados nas mulheres, com diferenças estatisticamente significativas dentro dos casais.

Os sintomas psicopatológicos somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, índice geral de sintomas e total de sintomas positivos são, em média, significativamente mais elevados nas mulheres quando comparadas com os seus cônjuges.

As variáveis psicológicas onde não se observaram diferenças significativas no casal dizem respeito a várias áreas. Uma dessas áreas é a satisfação com a vida conjugal global, o funcionamento conjugal e o amor, as zonas focadas no casal e no outro. Outra é o coping no pedido de ajuda (PA), no abandono passivo perante a situação (APS), no controlo interno/externo dos problemas (CI/EP) e na auto responsabilização e medo das consequências (ARMC). Além disso, os valores da depressão, enquanto estado emocional negativo, e dos sintomas psicopatológicos ideação paranóide, psicoticismo e índice de sintomas positivos não se distinguem significativamente entre os homens e as mulheres durante a gravidez.

Passamos à explanação dos resultados, com a apresentação dos valores estatísticos. No Quadro 20, podem ser observados os resultados do teste de medidas repetidas entre os casais no que se refere à vinculação pré-natal e suas dimensões.

Quadro 20. Comparação de médias, com o teste de medidas repetidas, da VPN total, QV e IP nos casais, tendo em conta as covariáveis idade e escolaridade

<i>Fonte de variação¹</i>	<i>Soma dos quadrados tipo III</i>	<i>GL</i>	<i>Média dos quadrados</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>η²p</i>	<i>P</i>
VPN	5909.48	1	5909.48	66.96	.000	0.14	1.00
VPN*idade	5.66	1	5.66	0.06	.800	0.00	0.06
VPN*escolaridade	63.17	1	63.17	0.72	.398	0.00	0.14
Erro	35566.68	403	88.26				
QV	4637.69	1	4637.68	64.08	.000	0.14	1.00
QV* idade	4.65	1	4.65	0.06	.800	0.00	0.06
QV* escolaridade	3.28	1	3.28	0.05	.832	0.00	0.06
Erro	29167.61	403	72.38				
IP	17879.43	1	17879.43	90.18	.000	0.18	1.00
IP* idade	41.84	1	41.84	0.21	.646	0.00	0.07
IP* escolaridade	273.28	1	273.28	1.38	.241	0.00	0.22
Erro	79904.29	403	198.27				

¹Esfericidade assumida através do teste de Mauchly $\geq .05$
Correcção de Bonferroni, $p = .017$

A vinculação pré-natal total (VPN-total) e respectivas dimensões, qualidade da vinculação (QV) e intensidade da preocupação com o feto (IP), são mais elevadas nas mulheres do que nos homens¹², com diferenças de médias estatisticamente significativas dentro dos pares conjugais ($p = .000$), sendo que a dimensão do efeito é média ($\eta^2_p = 0.14$ na VPN total e na QV; $\eta^2_p = 0.18$ na IP). O poder do teste é forte em todas as dimensões ($P = 1.00$), permitindo a generalização destes resultados a outros contextos.

As diferenças observadas não se devem às diferenças de idade nem de escolaridade, pois estas não têm efeito significativo sobre a VPN total, a QV e a IP. Com a aplicação da correcção de Bonferroni ($p = .017$) verificamos que os níveis de significância de todas as dimensões se encontram abaixo deste valor. O nível de significância, a dimensão do efeito e o poder do teste permitem admitir, com garantia, as diferenças observadas entre os elementos de cada casal no que se refere à vinculação pré-natal e podemos, portanto, afirmar que as mulheres estão mais vinculadas ao feto do que os seus companheiros, no segundo trimestre da gravidez.

A satisfação com a vida conjugal não apresenta diferenças significativas entre os casais a não ser na zona focada no próprio. Os resultados, apontam para que, embora as mulheres estejam, em média, globalmente mais satisfeitas com a conjugalidade do que os cônjuges/companheiros¹³, a satisfação com a vida conjugal não é significativamente diferente entre os elementos dos casais no seu total, no funcionamento conjugal (FC), no amor (A), nas zonas focadas no casal - C (neste caso observa-se significância marginal, $F_{(1, 403)} = 3.13, p = .077$) e no outro - O, conforme resultados expostos no Quadro 21.

A zona focada no próprio é a excepção na satisfação conjugal, como acima referimos. Os homens estão mais satisfeitos consigo próprios do que as mulheres com elas próprias na relação conjugal e, essas diferenças são estatisticamente significativas ($F_{(1, 403)} = 53.93, p = .000, \eta^2_p = 0.12, P = 1.00$). A magnitude do efeito é boa e o teste tem um elevado poder estatístico, garantindo a segurança das diferenças observadas.

As diferenças de idade e de escolaridade não influenciam a satisfação conjugal, nem no total, nem nas dimensões analisadas.

¹² As estatísticas descritivas da EVPN em mulheres e homens podem ser observadas na pág. 289, Quadro 15.

¹³ As estatísticas descritivas da EASAVIC no primeiro estudo podem ser observadas na pág. 278, Quadro 13.

Quadro 21. Comparação de médias, com o teste de medidas repetidas, da satisfação com a vida conjugal total (SAVIC), funcionamento conjugal (FC), amor (A), casal (C), o outro (O) e o próprio (P) nos casais, tendo em conta as covariáveis idade e escolaridade

<i>Fonte de variação¹</i>	<i>Soma dos quadrados tipo III</i>	<i>GL</i>	<i>Média dos quadrados</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>η²p</i>	<i>P</i>
SAVIC- satisfação	873.94	1	873.94	1.84	.176	0.01	0.27
SAVIC * idade	3.45	1	3.45	0.007	.932	0.00	0.05
SAVIC* escolaridade	3.71	1	3.71	0.008	.930	0.00	0.05
Erro	191355.59	403	474.83				
FC- Func. Conj.	194.46	1	194.46	1.70	.194	0.00	0.26
FC* idades	3.64	1	3.64	0.03	.859	0.00	0.05
FC* escolaridade	69.97	1	69.97	0.61	.435	0.00	0.12
Erro	46230.95	403	114.72				
A - Amor	243.91	1	243.91	1.46	.228	0.00	0.23
A* idades	14.17	1	14.17	0.09	.771	0.00	0.06
A* escolaridade	41.46	1	41.46	0.25	.619	0.00	0.08
Erro	67444.24	403	167.36				
C - Casa	259.82	1	259.82	3.13	.077	0.01	0.42
C * idades	6.44	1	6.44	0.08	.781	0.00	0.06
C * escolaridade	12.39	1	12.39	0.15	.699	0.00	0.07
Erro	33417.89	403	82.92				
O - Outro	68.54	1	68.54	1.32	.251	0.00	0.21
O * idades	17.72	1	17.72	0.34	.559	0.00	0.09
O * escolaridade	0.30	1	0.30	0.01	.939	0.00	0.05
Erro	20858.83	403	51.76				
P – Próprio	2517.95	1	2517.95	53.93	.000	0.12	1.00
P* idades	7.22	1	7.22	0.16	.694	0.00	0.07
P * escolaridade	0.06	1	0.06	0.001	.970	0.00	0.05
Erro	18815.50	403	46.69				

¹Esféricidade assumida através do teste de Mauchly $\geq .05$
Correcção de Bonferroni, $p = .008$

Os casais diferem significativamente em algumas estratégias de resolução de problemas (coping), como se observa no Quadro 22, mas não em todas. Os homens pontuam em média, mais do que as mulheres nesta variável¹⁴. Os resultados são os que em seguida se apresentam.

¹⁴ As estatísticas descritivas do IRP no primeiro estudo podem ser observadas na pág. 296, Quadro 17.

Quadro 22. Comparação de médias, com o teste de medidas repetidas, do coping total (C), pedido de ajuda – PA (F1), confronto e resolução activa dos problemas e planificação da estratégia – CRAPPE (F2), abandono passivo perante a situação –APS (F3), controlo interno/externo dos problemas – CI/EP (F4), estratégias de controlo das emoções -ECE (F5), auto-responsabilização e medo das consequências – ARMC (F8) nos casais, tendo em conta as covariáveis idade e escolaridade.

<i>Fonte de variação¹</i>	<i>Soma dos quadrados tipo III</i>	<i>GL</i>	<i>Média dos quadrados</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>η²_p</i>	<i>P</i>
C	1007.24	1	1007.24	9.96	.002	0.02	0.88
C * idades	121.62	1	121.62	1.20	.273	0.00	0.19
C* escolaridade	208.04	1	208.04	2.06	.152	0.01	0.30
Erro	40740.10	403	101.09				
F1- PA	5.42	1	5.42	0.53	.466	0.00	0.11
F1- PA * idades	20.01	1	20.01	1.97	.162	0.01	0.29
F1- PA *escolaridade	0.00	1	0.00	0.00	.995	0.00	0.05
Erro	4102.03	403	10.18				
F2 – CRAPPE	203.30	1	203.30	7.70	.006	0.19	0.79
F2 - CRAPPE * idades	7.76	1	7.76	0.29	.588	0.00	0.08
F2 - CRAPPE * escolar	183.85	1	183.85	6.97	.009	0.02	0.75
Erro	10634.64	403	26.39				
F3- APS	0.02	1	0.02	0.01	.936	0.00	0.05
F3- APS * idades	0.50	1	0.50	0.14	.710	0.00	0.07
F3- APS * escolaridade	0.10	1	0.10	0.03	.866	0.00	0.05
Erro	1460.50	403	3.62				
F4- CI/EP	18.67	1	18.67	1.42	.235	0.00	0.22
F4- CI/EP * idades	7.67	1	7.67	0.58	.446	0.00	0.12
F4- CI/EP *escolarid	5.21	1	5.21	0.40	.530	0.00	0.10
Erro	5310.89	403	13.18				
F5 -ECE	65.69	1	65.69	19.50	.000	0.05	0.99
F5 -ECE * idades	6.30	1	6.30	1.87	.172	0.01	0.28
F5 -ECE * escolarid	0.06	1	0.06	0.02	.892	0.00	0.52
Erro	1357.30	403	3.37				
F8- ARMC	6.88	1	6.88	1.13	.288	0.00	0.19
F8-ARMC* idades	3.26	1	3.26	0.54	.464	0.00	0.11
F8-ARMC*escolarid	3.72	1	3.72	0.61	.435	0.00	0.12
Erro	2448.25	403	6.08				

¹Esféricidade assumida através do teste de Mauchly $\geq .05$; Correção de Bonferroni, $p = .007$

No coping total, as diferenças dentro do casal são estatisticamente significativas ($F_{(1, 403)} = 9.96, p = .002, \eta^2_p = 0.02, P = 0.88$) e não são influenciadas pela idade nem pela escolaridade. Observa-se um forte poder do teste e baixa magnitude do efeito. O mesmo resultado é encontrado na análise do factor CRAPPE ($F_{(1, 403)} = 19.50, p = .000, \eta^2_p = 0.02, P = 0.79$). Neste caso, as diferenças obtidas não são influenciadas pelas idades, mas são influenciadas pela escolaridade dos membros do casal ($p = .009$). Também no factor ECE se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os homens e as mulheres do mesmo casal ($F_{(1, 403)} = 7.70, p = .006, \eta^2_p = 0.05, P = 0.99$), não se verificando o efeito da idade e da escolaridade.

As diferenças significativas entre os casais são aceites não só devido ao nível de significância p , mas também devido à correcção de Bonferroni ($p = .007$). O poder do teste é forte em todas as dimensões enunciadas, embora a dimensão do efeito seja pequena, excepto no factor ECE, onde essa dimensão é média.

Existem estratégias de resolução de problemas onde os casais não se diferenciam significativamente, embora os homens continuem a apresentar níveis médios mais elevados (excepto no factor APS, onde as médias são idênticas). Essas estratégias, como se observa no quadro acima, são: PA, APS, CI/EP e ARMC. Em todos os casos $p > .05$.

No casal, o stress profissional durante a gravidez é mais elevado nas mulheres do que no homens¹⁵ e o mesmo acontece dentro do casal, com diferenças significativas, $F_{(1, 359)} = 16.24$ e $p = .000$. O poder do teste é muito elevado e a dimensão do efeito é pequena ($\eta^2_p = 0.04$, $P = 0.98$). As diferenças encontradas não são influenciadas pela idade ou escolaridade dos membros do casal, tal como se constata a partir do Quadro 23.

Quadro 23. Comparação de médias, através do teste de medidas repetidas, do stress em contexto profissional (PSS) nos casais, tendo em conta as covariáveis idade e escolaridade

<i>Fonte de variação¹</i>	<i>Soma dos quadrados tipo III</i>	<i>GL</i>	<i>Média dos quadrados</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>η^2_p</i>	<i>P</i>
PSS	611.10	1	611.10	16.24	.000	0.043	0.98
PSS* idades	51.731	1	51.73	1.37	.242	0.00	0.22
PSS*escolaridade	0.36	1	0.36	0.01	.923	0.01	0.05
Erro	13532.11	359	37.70				

¹Esfericidade assumida através do teste de Mauchly $\geq .05$

Analisando os estados emocionais negativos, que têm níveis superiores nas mulheres em comparação com os homens¹⁶, observa-se que as diferenças são significativas dentro do casal para a escala total, para a ansiedade e para o stress, mas não para a depressão. Estes resultados podem ser observados no Quadro 24, apresentado a seguir.

¹⁵ As estatísticas descritivas da PSS no primeiro estudo podem ser observadas na pág. 261, Quadro 3.

¹⁶ As estatísticas descritivas da DASS no primeiro estudo podem ser observadas na pág. 264, Quadro 6.

Quadro 24. Comparação de médias, através do teste de medidas repetidas, do total dos estados emocionais negativos (DAS), da ansiedade, do stress e da depressão nos casais, tendo em conta as covariáveis idade e escolaridade

<i>Fonte de variação¹</i>	<i>Soma dos quadrados tipo III</i>	<i>GL</i>	<i>Média dos quadrados</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>η²_p</i>	<i>P</i>
DAS-total	3800.30	1	3800.30	17.79	.000	0.04	0.99
DAS-total * idades	876.69	1	876.69	4.10	.043	0.01	0.52
DAS-total * escolarid	0.73	1	0.73	0.003	.953	0.00	0.05
Erro	86096.78	403	213.64				
DAS-ansiedade	476.51	1	476.51	46.90	.000	0.10	1.00
DAS-ansiedade * idad	12.41	1	12.41	1.22	.270	0.00	0.20
DAS-ansiedade * escol	2.07	1	2.07	0.20	.652	0.00	0.07
Erro	4094.43	403	10.16				
DAS- stress	810.83	1	810.83	17.98	.000	0.04	0.99
DAS- stress *idades	103.83	1	103.83	2.30	.130	0.01	0.33
DAS- stress * escolari	16.33	1	16.33	0.362	.548	0.00	0.09
Erro	18176.61	403	45.10				
DAS- Depressão	44.50	1	44.50	1.88	.171	0.01	0.28
DAS- Depressão * ida	146.22	1	146.22	6.17	.013	0.02	0.70
DAS- Depressão * esc	5.82	1	5.82	0.25	.621	0.00	0.08
Erro	9555.08	403	23.71				

¹Esfericidade assumida através do teste de Mauchly $\geq .05$; Correção de Bonferroni, $p = .013$

A DASS total difere significativamente no casal ($F_{(1, 403)} = 17.79, p = .000$). O forte poder observado ($P = 0.99$) permite garantir as diferenças e extrapolá-las para a população, apesar da baixa medida da força da relação ($\eta^2_p = 0.04$). A idade ($p = .043$), mas não a escolaridade ($p = n.s.$), exerce um efeito significativo nas diferenças encontradas.

Analisados um a um, os estados emocionais negativos apontam para níveis de ansiedade nas mulheres, durante a gravidez, significativamente mais elevados do que os dos seus companheiros ($F_{(1, 403)} = 46.90, p = .000$). O poder do teste é forte e a dimensão do efeito é média ($P = 1.00, \eta^2_p = 0.10$). A idade ou a escolaridade dos membros do casal não têm efeito na ansiedade.

Resultado idêntico acontece com o stress. Este é significativamente mais elevado nas mulheres do que nos seus cônjuges durante a gravidez e não é influenciado pela idade ou pela escolaridade dos pares conjugais ($F_{(1, 403)} = 17.98, p = .000$). A dimensão do efeito é pequena mas o poder do teste é muito elevado ($\eta^2_p = 0.04, P = 0.99$), garantindo a significância encontrada.

A depressão é mais elevada, em média, nas mulheres do que nos seus pares, não diferindo, todavia, significativamente entre os membros do casal ($p = .171$). Foi aplicada a correção de Bonferroni ao conjunto das dimensões estudadas ($p = .013$).

Em síntese, a depressão durante a gravidez não difere entre os membros do casal, ao contrário dos restantes estados emocionais negativos. A escolaridade não tem efeito sobre

qualquer destes estados emocionais negativos. A idade influencia a DASS total e a depressão e não tem efeito sobre a ansiedade e o stress.

No que se refere aos sintomas psicopatológicos analisados nos casais no período da gestação, estes são, em média, mais elevados nas mulheres do que nos homens¹⁷ e, conforme exposto no Quadro 25, essa diferença é estatisticamente significativa nos sintomas somatização ($F_{(1, 403)} = 65.58, p = .000, \eta^2_p = 0.14, P = 1.00$), depressão ($F_{(1, 403)} = 8.79, p = .003, \eta^2_p = 0.02, P = 0.84$), ansiedade ($F_{(1, 403)} = 14.34, p = .000, \eta^2_p = 0.02, P = 0.84$) e ansiedade fóbica ($F_{(1, 403)} = 24.61, p = .000, \eta^2_p = 0.06, P = 1.00$), assim como nos totais, IGS ($F_{(1, 403)} = 17.76, p = .000, \eta^2_p = 0.04, P = 1.00$) e TSP ($F_{(1, 403)} = 20.37, p = .000, \eta^2_p = 0.05, P = 0.99$), analisados entre os elementos de cada casal.

Nestes sintomas e nos totais, apenas na depressão se observa o efeito significativo da idade ($p = .005$) e, na ansiedade, o seu efeito é marginalmente significativo ($p = .059$). A escolaridade não tem efeito sobre os sintomas psicopatológicos nem sobre os totais acima enunciados. O efeito da magnitude é pequeno em todos os casos, excepto no total de sintomas positivos (TSP) onde, apesar de se encontrar no limite inferior, está na média. O poder do teste é muito elevado em todos os sintomas e totais atrás apresentados e garante estas diferenças. A correcção de Bonferroni foi feita para o conjunto das dimensões ($p = .004$).

Continuando a análise dos resultados, verificamos que há sintomas psicopatológicos que mostram um nível de significância inferior a .05, na comparação em causa, mas superior ao valor de significância obtido pela correcção de Bonferroni pelo que não foram consideradas as diferenças existentes, nestes sintomas, entre os pares conjugais. É interessante verificar, para além disso que, nestes casos, o poder do teste é baixo ($P < .80$). É o caso das obsessões-compulsões, da sensibilidade interpessoal e da hostilidade, como se pode verificar ainda no Quadro 25.

Outros sintomas psicopatológicos que não diferem estatisticamente dentro do casal são a ideação paranóide (único sintoma a apresentar valores mais elevados mas não significativos nos homens), o psicoticismo e o índice de sintomas positivos.

¹⁷ As estatísticas descritivas do BSI no primeiro estudo podem ser observadas na pág. 272, Quadro 11.

Quadro 25. Comparação de médias, através do teste de medidas repetidas, dos sintomas psicopatológicos somatização (SOM), obsessões-compulsões (O-C), sensibilidade interpessoal (SI), depressão (DEP), ansiedade (ANS), hostilidade (HOST), ansiedade fóbica (ANS FOB), índice geral de sintomas (IGS), total de sintomas positivos (TSP), ideação paranóide (IP), psicoticismo (PSI) e índice de sintomas positivos (ISP) nos casais, tendo em conta as covariáveis idade e escolaridade

<i>Fonte de variação¹</i>	<i>Soma dos quadrados tipo III</i>	<i>GL</i>	<i>Média dos quadrados</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>η²p</i>	<i>P</i>
SOM	12.65	1	12.65	65.58	.000	0.14	1.00
SOM * idades	0.00	1	0.00	0.001	.979	0.00	0.05
SOM * escolarid	0.02	1	0.02	0.12	.726	0.00	0.06
Erro	77.71	403	0.19				
O-C	1.21	1	1.21	4.96	.027	0.01	0.60
O-C * idades	0.31	1	0.31	1.26	.262	0.00	0.20
O-C* escolaridade	0.07	1	0.07	0.30	.583	0.00	0.09
Erro	98.61	403	0.25				
SI	1.67	1	1.67	5.94	.015	0.02	0.68
SI * idades	0.52	1	0.52	1.86	.174	0.01	0.27
SI * escolaridade	0.15	1	0.15	0.53	.467	0.00	0.11
Erro	113.24	403	0.28				
DEP	1.92	1	1.92	8.79	.003	0.02	0.84
DEP* idades	1.71	1	1.71	7.84	.005	0.02	0.80
DEP* escolarida	0.04	1	0.04	0.20	.655	0.00	0.07
Erro	88.01	403	0.22				
ANS	2.79	1	2.79	14.34	.000	0.02	0.84
ANS* idades	0.70	1	0.70	3.59	.059	0.02	0.80
ANS* escolaridade	0.02	1	0.02	0.10	.751	0.00	0.07
Erro	78.25	403	0.19				
HOST	1.14	1	1.14	4.35	.038	0.01	0.55
HOST* idades	0.39	1	0.39	1.48	.224	0.00	0.23
HOST* escolarida	0.003	1	0.003	0.01	.921	0.00	0.05
Erro	105.98	403	0.26				
ANS FOB	3.27	1	3.27	24.61	.000	0.06	1.00
ANS FOB* idades	0.09	1	0.09	0.68	.412	0.00	0.13
ANS FOB* escola	0.20	1	0.20	1.49	.224	0.00	0.23
Erro	53.47	403	0.13				
IGS	2.56	1	2.56	17.76	.000	0.04	1.00
IGS* idades	0.26	1	0.26	1.77	.184	0.00	0.26
IGS* escolaridade	0.07	1	0.07	0.49	.483	0.00	0.11
Erro	58.14	403	0.14				
TSP	2472.17	1	2472.17	20.27	.000	0.05	0.99
TSP* idades	22.33	1	22.33	0.18	.669	0.00	0.07
TSP* escolaridade	1.83	1	1.83	0.02	.902	0.00	0.05
Erro	49144.76	403	121.95				
IP	0.02	1	0.02	0.07	.797	0.00	0.06
IP* idades	0.01	1	0.01	0.02	.895	0.00	0.05
IP* escolaridade	0.37	1	0.37	1.09	.297	0.00	0.18
Erro	137.67	403	0.34				
PSI	0.58	1	0.58	3.33	.069	0.01	0.45
PSI* idades	0.10	1	0.10	0.55	.460	0.00	0.11
PSI* escolaridade	0.001	1	0.001	0.01	.930	0.00	0.05
Erro	69.98	403	0.17				
ISP	0.50	1	0.50	3.80	.052	0.01	0.49
ISP * idades	0.08	1	0.08	0.62	.433	0.00	0.12
ISP * escolaridade	0.26	1	0.26	1.96	.163	0.01	0.29
Erro	49.46	376	0.13				

¹Esfericidade assumida através do teste de Mauchly $\geq .05$; Correção de Bonferroni, $p = .004$

Esta hipótese confirma-se parcialmente, uma vez que há diferenças significativas nas variáveis psicológicas dos casais durante a gravidez mas também há semelhanças em

outras variáveis. No caso da vinculação pré-natal, a diferença existe no total e nas duas dimensões da variável dentro dos elementos do casal.

H₃ – Há diferenças estatisticamente significativas nas variáveis psicológicas (e.g., satisfação conjugal, vinculação pré-natal, stress profissional, estados de humor negativos, sintomas psicopatológicos), quando comparadas as mulheres primigestas e multigestas e o mesmo se espera quando se compararem os homens que esperam o primeiro filho e os que aguardam o nascimento de um filho que não é o primeiro.

O número de gestações é um factor importante na organização psicológica das mulheres que vão ser mães, assim como o número de filhos o é para os homens que vão ser pais.

A hipótese colocada desdobra-se em duas testagens, uma para o estudo do efeito do número de gestações (primigestas e multigestas) nas variáveis psicológicas das mulheres, e outra para o estudo do efeito do número de filhos (sem filhos ou com pelo menos um filho) nas variáveis psicológicas dos homens, através da comparação de médias.

Depois de testar as diferenças, através do teste *t* de Student, para amostras independentes no que respeita à idade e à escolaridade, entre os grupos de primigestas e multigestas, por um lado, e entre o grupo de homens que não têm filhos e o grupo dos que têm um ou mais filhos, por outro lado, verificou-se que essas diferenças de médias são estatisticamente significativas e, portanto, os grupos não são homogéneos para essas variáveis sociodemográficas. Conforme se observa no Quadro 26, as mulheres primigestas são mais novas e mais escolarizadas do que as multigestas ($t_{(405)} = -6.82, p = .000$ e $t_{(405)} = 4.55, p = .000$, respectivamente). E, tal como as mulheres, os homens que ainda não têm filhos são significativamente mais novos, $t_{(258.84)} = -7.26, p = .000$ e mais escolarizados, $t_{(404)} = 3.44, p = .001$ em comparação com os que já foram pais.

Quadro 26. Teste *t* de Student de diferença de médias para a idade e para a escolaridade, nas mulheres, quanto às gestações e nos homens quanto ao número de filhos

<i>Sujeitos</i>	<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
Mulheres							
	Gesta						
Idade	Primigesta	211	28.18	4.42	- 6.82	405	.000
	Multigesta	196	31.17	4.44			
Escolaridade	Primigesta	211	13.00	3.23	4.55	405	.000
	Multigesta	196	11.43	3.72			
Homens							
	Nº filhos						
Idade	Sem filhos	261	30.29	4.81	-7.26	258.84	.000
	Com filhos	146	34.36	5.75			
Escolaridade	Sem filhos	260	10.94	3.55	3.44	404	.001
	Com filhos	146	9.64	3.83			

Perante este resultado, e para remover a variação inconveniente das variáveis concomitantes, ou co-variáveis, idade e escolaridade, nas variáveis psicológicas em estudo, aplicámos a estatística multivariada de análise da co-variância, concretamente, o teste One-Way MANCOVA (uma VI e mais do que uma VD) aos sujeitos em estudo, a fim de conhecer o efeito do número de gestações das mulheres nas suas variáveis psicológicas e o efeito do número de filhos nos homens, nas suas variáveis psicológicas. O estudo do stress percebido no contexto profissional, atendendo a que se trata de uma só dimensão, foi realizado com recurso à ANCOVA, utilizando as mesmas covariantes.

Em relação aos pressupostos para a realização dos testes referidos, é de salientar o seguinte. Algumas variáveis não apresentam distribuição normal, como já foi atrás demonstrado. No entanto, o teste *F* é robusto face ao desvio da normalidade desde que a amostra seja suficientemente grande (Maroco, 2007; Pestana & Gageiro, 2000), concretamente, com um mínimo de 20 graus de liberdade (GL) do erro (Tabachnick & Fidell, 2007). No estudo, os graus de liberdade do erro estiveram acima dos 400. Além disso, nem sempre se verificou a homogeneidade da variância. Os autores supracitados consideram o *F* robusto à violação da homogeneidade das variâncias desde que haja um rácio inferior a 1:4 do número dos sujeitos, entre as maiores e as menores células, e existam pelo menos 10 sujeitos na maior célula.

Por outro lado, a homogeneidade da matriz das co-variâncias avaliada pelo *Box's Teste* também não se verificou em todas as situações. Neste caso, Tabachnik e Fidell (2007) sugerem o uso do critério de *Pillai's Trace* por ser mais robusto. Acontece que, no estudo, os valores de *F* foram iguais em todos os testes considerados. Tendo em conta os

pressupostos, as condições e as exceções possíveis, consideramos que os resultados oferecem confiança suficiente para a análise e testagem da hipótese.

A análise dos resultados, depois de controladas as covariáveis idade e escolaridade, resume-se ao seguinte. No caso das mulheres, as atitudes face à gravidez e à maternidade, no seu conjunto, são diferentes entre primigestas e multigestas, diferenças essas influenciadas pela escolaridade, mas não pela idade. As sub-escalas onde essas diferenças se encontram, são: gravidez como factor de mudança e de crescimento pessoal (GFMCP), que acontece mais nas mulheres primigestas do que nas multigestas e, neste caso, não sofre o efeito nem da idade nem da escolaridade, e no apoio dado pelo marido/companheiro (AMC), em que as primigestas se sentem mais apoiadas em relação às que já tiveram outras gravidezes, e este apoio tem o efeito da escolaridade mas não da idade. As restantes sub-escalas não têm o efeito do número de gestações quando analisadas individualmente.

A vinculação pré-natal materna global, a qualidade da vinculação materna (QVM) e a intensidade da preocupação materna (IPM) são mais elevadas, em média, nas mulheres que estão grávidas pela primeira vez do que nas multigestas. Mas, o conjunto destas variáveis não difere entre os dois grupos de mulheres grávidas. Conclui-se que a vinculação ao feto não varia conforme o número de gestações nas mulheres.

A satisfação com a vida conjugal em geral e nas suas dimensões e zonas é significativamente diferente entre as primigestas e as multigestas, com níveis mais elevados de satisfação nas primeiras. A idade não tem, no conjunto das variáveis, efeito significativo mas sim a escolaridade. Essas diferenças entre primigestas e multigestas encontram-se em todas as dimensões e zonas avaliadas e, neste caso, apenas o funcionamento conjugal tem o efeito da escolaridade.

As estratégias de resolução de problemas não apresentam diferenças globalmente e nos factores entre as primigestas e as multigestas.

Quanto aos estados emocionais negativos, a depressão, a ansiedade, o stress e o total, são significativamente mais elevados nas multigestas. A escolaridade exerce efeito sobre a depressão, a ansiedade e o total. A idade tem efeito significativo sobre a depressão, o stress e o total.

Não há diferenças entre primigestas e multigestas para os sintomas psicopatológicos estudados com o BSI. O mesmo acontece para o stress no contexto profissional.

Nos homens, os resultados do efeito do número de filhos nas variáveis psicológicas, depois de controladas as covariáveis, são sintetizados a seguir.

A vinculação do pai ao feto é diferente entre os homens que não têm filhos e os que já são pais. Estas diferenças, obtidas pelo conjunto das variáveis, são influenciadas pela escolaridade e não pela idade. No entanto, as diferenças situam-se na intensidade da preocupação paterna (IPP) e na vinculação pré-natal (VPNP) total (mais elevada nos homens que aguardam o primeiro filho) e não na qualidade da vinculação paterna (QVP). Nestes casos, não se observa o efeito da idade e da escolaridade.

O número de filhos tem efeito significativo na satisfação com a vida conjugal em geral e suas dimensões, com níveis de satisfação mais elevados nos homens que não têm filhos anteriores e, essa diferença é influenciada pela escolaridade, mas não pela idade. Quando se analisam as dimensões verifica-se que as diferenças existem em cada uma das dimensões da satisfação conjugal e, todas as dimensões sofrem o efeito da escolaridade. Nenhuma tem o efeito da idade.

O número de filhos não tem efeito significativo nos estados emocionais negativos dos homens, total e dimensões depressão, ansiedade e stress, no stress em contexto profissional, nos sintomas psicopatológicos e no coping, depois de controladas as covariáveis.

Depois da síntese dos resultados acima exposta, passamos à análise em pormenor desses resultados e apresentação dos quadros com os resultados totais sistematizados. Começamos por apresentar e explicar os resultados obtidos na MANCOVA entre as variáveis psicológicas das grávidas, o número de gestações (primigestas e multigestas) e as covariáveis idade e escolaridade, e, quando os resultados forem significativos passamos à testagem através da ANCOVA para observar onde estão as diferenças encontradas. Depois, segue-se semelhante procedimento para o grupo dos homens diferenciados quanto ao número de filhos.

A EAGM, nas suas subescalas, apresenta valores descritivos inferiores nas multigestas no que se refere ao FI e à BM, o que significa a presença de atitudes mais favoráveis (cf. Quadro 27).

Quadro 27. Estatísticas descritivas das subescalas da EAGM em primigestas e multigestas

<i>EAGM</i>	<i>N</i>	<i>Gesta</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
FI	211	Primigesta	10.10	3.01
	196	Multigesta	10.35	2.84
BM	211	Primigesta	16.86	3.56
	196	Multigesta	16.29	3.52
GFMCP	211	Primigesta	10.19	2.89
	196	Multigesta	11.39	3.47
ADGM	211	Primigesta	19.12	3.46
	196	Multigesta	19.06	3.38
RPM	211	Primigesta	6.31	2.23
	196	Multigesta	6.60	2.52
AMC	211	Primigesta	5.39	1.47
	196	Multigesta	5.75	1.85
ICND	211	Primigesta	7.73	2.15
	196	Multigesta	7.46	2.23

O teste de MANCOVA efectuado para conhecer o efeito do número de gestações e das covariáveis idade e escolaridade na EAGM é significativo, como se observa no Quadro 28, abaixo apresentado ($F_{(403,1)} = 3.79; p = .001$) e a escolaridade exerce efeito sobre esse resultado.

Quadro 28. Teste de MANCOVA para o efeito do número de gestações e covariáveis na EAGM

Efeito	F	p
Nº de gestações	3.79	.001
Idade	0.76	.622
Escolaridade	23.49	.000

Teste de Box da igualdade da matrizes da covariância = 59.49, $p = .001$

Teste de Levene com $p > .05$ em todas as dimensões, excepto GFMCP e AMC.

Para analisar as sub-escalas das variáveis atitudinais da mulher sobre a gravidez e a maternidade e verificar onde se encontram as diferenças entre os grupos, controlando os efeitos das covariantes idade e escolaridade, foi realizado o teste ANCOVA, conforme apresentado no Quadro 29.

Quadro 29. Teste de ANCOVA para o efeito do número de gestações e covariáveis nas subescalas da EAGM

Fonte de variação	VD	Soma dos quadrados Tipo III	GL	Média dos quadrados	F	p	$\eta^2 p$	P
Nº de Gestações	FI	23.39	1	23.39	2.93	.088	0.01	0.40
	BM	12.63	1	12.63	1.35	.247	0.00	0.21
	GFMCP	109.50	1	109.50	10.81	.001	0.03	0.91
	ADGM	7.40	1	7.40	0.64	.424	0.00	0.13
	RPM	11.78	1	11.78	2.09	.149	0.01	0.30
	AMC	28.63	1	28.63	11.00	.001	0.03	0.91
	ICND	1.23	1	1.23	0.26	.610	0.00	0.08
Escolaridade	FI	209.11	1	209.11	26.19	.000	0.06	1.00
	BM	1256.81	1	1256.81	134.00	.000	0.25	1.00
	GFMCP	7.77	1	7.77	0.77	.382	0.00	0.14
	ADGM	84.96	1	84.96	7.35	.007	0.02	0.77
	RPM	8.60	1	8.60	1.52	.218	0.00	0.23
	AMC	69.15	1	69.15	26.55	.000	0.06	1.00
	ICND	24.92	1	24.92	5.26	.022	0.01	0.63
Idade	FI	3.31	1	3.31	0.42	.520	0.00	0.10
	BM	15.09	1	15.09	1.61	.205	0.00	0.24
	GFMCP	0.12	1	0.12	0.01	.914	0.00	0.05
	ADGM	17.65	1	17.65	1.53	.217	0.00	0.23
	RPM	0.57	1	0.57	0.10	.752	0.00	0.06
	AMC	0.76	1	0.76	0.29	.588	0.00	0.08
	ICND	0.65	1	0.65	0.14	.711	0.00	0.07
Erro	FI	3217.62	403	7.98				
	BM	3779.90	403	9.38				
	GFMCP	4082.70	403	10.13				
	ADGM	4659.27	403	11.56				
	RPM	2276.30	403	5.65				
	AMC	1049.51	403	2.60				
	ICND	1909.99	403	4.74				

Este teste mostra o efeito significativo do número de gestações nas sub-escalas gravidez como factor de mudança e crescimento pessoal - GFMCP ($F_{(403,1)} = 10.81, p = .001$), assim como na apoio do marido/companheiro - AMC ($F_{(403, 1)} = 11.00, p = .001$). A escolaridade exerce efeito apenas sobre a variável AMC. Quer a GFMCP quer o AMC são mais sentidas pelas primigestas do que pelas multigestas. A magnitude do efeito é média ($\eta^2 p = 0.03$) e o poder do teste é muito robusto nas duas variáveis ($P = 0.91$) permitindo proceder à generalização destas conclusões.

O filho imaginado (FI) é mais favorável nas primigestas, mas a significância estatística é apenas marginal ($p = .088$), pelo que não admitimos o resultado como significativo. As dimensões boa mãe (BM), aspectos difíceis da gravidez e da maternidade (ADGM), relação com a própria mãe (RPM) e imagem corporal e necessidade de dependência (ICND), não sofrem o efeito do número de gestações da mulher ($p > .05$).

A vinculação pré-natal materna total e as dimensões QVM e IPM apresentam níveis superiores nas primigestas, mostrando uma vinculação mais favorável nas mulheres que se encontram grávidas pela primeira vez, de acordo com os resultados que se podem observar no Quadro 30.

Quadro 30. Estatísticas descritivas da EVPNM total e suas dimensões em primigestas e multigestas

<i>GESTA</i>	<i>QVM</i>		<i>IPM</i>		<i>EVPNM TOTAL</i>	
	M	DP	M	DP	M	DP
Primigesta (n = 211)	91.87	8.38	70.60	14.05	81.94	9.78
Multigesta (n = 196)	89.86	8.83	66.80	14.09	79.10	9.82

O número de gestações tem efeito marginalmente significativo no conjunto das avaliações da vinculação pré-natal, $p = .072$ (cf. Quadro 31), com a idade e a escolaridade a influenciarem o conjunto das variáveis.

Quadro 31. Teste de MANCOVA para o efeito do número de gestações e das covariáveis na EVPNM

Efeito	F	p
Nº de gestações	2.65	.072
Idade	3.82	.023
Escolaridade	6.18	.002

Teste de Box > .05; teste de Levene > .05

Uma vez que se trata de uma significância marginal, fizemos a análise das dimensões da vinculação pré-natal e dos efeitos que advêm do número de gestações, através da ANCOVA (Quadro 32). Este teste mostra que há diferenças significativas na IPM ou tempo despendido no modo de vinculação ($F_{(403, 1)} = 4.88, p = .028, \eta^2 p = 0.01, P = 0.60$) e na VPNM total ($F_{(403, 1)} = 5.24, p = .023, \eta^2 p = 0.01, P = 0.63$).

A QVM tem um nível de significância marginal ($F_{(403, 1)} = 3.07, p = .081, \eta^2 p = 0.01, P = 0.42$). Há a referir que a magnitude do efeito é pequena e o poder do teste é baixo em todas as dimensões. A idade e a escolaridade não exercem efeito significativo na QVM e EVPNM total. A idade e a escolaridade influenciam a IPM.

Quadro 32. Teste de ANCOVA para o efeito do número de gestações nas subescalas e no total da EVPNM

Fonte de variação	VD	Soma dos quadrados Tipo III	GL	Média dos quadrados	F	p	η^2p	P
Nº de Gestações	QVM	227.71	1	227.71	3.07	.081	0.01	0.42
	IPM	927.17	1	927.17	4.88	.028	0.01	0.60
	VPNM-total	495.41	1	495.41	5.24	.023	0.01	0.63
Escolaridade	QVM	32.48	1	32.48	0.44	.509	0.00	0.10
	IPM	1237.35	1	1237.35	6.51	.011	0.02	0.72
	VPNM-total	178.92	1	178.92	1.89	.170	0.01	0.28
Idade	QVM	38.61	1	38.61	0.52	.471	0.00	0.11
	IPM	1322.33	1	1322.33	6.96	.009	0.02	0.75
	VPNM-total	411.43	1	411.43	4.35	.038	0.01	0.55
Erro	QVM	29932.87	403	74.28				
	IPM	76610.80	403	190.10				
	VPNM-total	38078.95	403	94.49				

Em rigor não se aceitam as diferenças entre os grupos para o conjunto da vinculação pré-natal materna e suas dimensões e covariáveis idade e escolaridade, considerando-se, portanto, que primigestas e multigestas se vinculam ao feto de forma semelhante.

A satisfação com a vida conjugal nas suas dimensões funcionamento conjugal, amor e no total, assim como as zonas centradas no casal, no outro e no próprio, apresentam valores superiores nas primigestas, o que mostra que a satisfação conjugal decresce, em todos estes aspectos, quando esta já não é a primeira gravidez (cf. Quadro 33).

Quadro 33. Estatísticas descritivas da EASAVIC-F total e suas dimensões em primigestas e multigestas

Dimensões	FC		A		C		O		P		T	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
GESTA												
Primigesta (n = 211)	83.15	14.52	134.78	15.43	74.19	12.68	71.47	8.79	67.33	7.57	217.93	28.44
Multigesta (n = 196)	76.81	15.73	127.76	20.72	68.87	13.64	67.53	11.40	63.62	10.09	204.57	34.71

O efeito do número de gestações na satisfação conjugal é significativo no seu conjunto ($p = .017$), assim como a escolaridade, o que não acontece com a idade (cf. Quadro 34).

Quadro 34. Teste de MANCOVA para o efeito do número de gestações e das covariáveis na EASAVIC-F

Efeito	F	p
Nº de gestações	2.80	.017
Idade	1.08	.371
Escolaridade	2.57	.026

Teste de Levene com $p > .05$; teste de Box $< .05$

A análise da ANCOVA, como se observa no Quadro 35, põe em evidência as diferenças entre primigestas e multigestas, depois de controlado o efeito das covariáveis.

Quadro 35. Teste de ANCOVA para o efeito do número de gestações nas subescalas e no total da EASAVIC-F

Fonte de variação	VD	Soma dos quadrados Tipo III	GL	Média dos quadrados	F	p	η^2p	P
Nº de gestações	FC	2598.88	1	2598.88	11.43	.001	0.03	0.92
	AMOR	3361.64	1	3361.64	10.16	.002	0.03	0.89
	CASAL	11872.04	1	11872.04	11.85	.001	0.03	0.89
	OUTRO	1781.27	1	1781.27	10.29	.001	0.03	0.90
	PRÓPRIO	1094.25	1	1094.25	10.62	.001	0.03	0.91
	TOTAL	941.22	1	941.22	11.91	.001	0.03	0.93
Escolaridade	FC	884.70	1	884.70	3.89	.049	0.01	0.32
	AMOR	1.99	1	1.99	0.01	.938	0.00	0.05
	CASAL	970.65	1	970.65	0.97	.326	0.00	0.26
	OUTRO	303.14	1	303.14	1.75	.186	0.00	0.10
	PRÓPRIO	39.89	1	39.89	0.39	.534	0.00	0.11
	TOTAL	41.32	1	41.32	0.52	.470	0.00	0.17
Idade	FC	1.02	1	1.02	0.00	.947	0.00	0.05
	AMOR	315.29	1	315.29	0.95	.330	0.00	0.16
	CASAL	352.10	1	352.10	0.35	.554	0.00	0.09
	OUTRO	61.64	1	61.64	0.36	.551	0.00	0.07
	PRÓPRIO	18.38	1	18.38	0.18	.673	0.00	0.09
	TOTAL	26.96	1	26.96	0.34	.560	0.00	0.09
Erro	FC	91625.26	403	227.36				
	AMOR	133344.62	403	330.88				
	CASAL	403661.93	403	1001.64				
	OUTRO	69735.35	403	173.04				
	PRÓPRIO	41534.38	403	103.06				
	TOTAL	31847.56	403	79.03				

Nas dimensões funcionamento conjugal e amor as diferenças entre os grupos são significativas ($F_{(403, 1)} = 11.43, p = .001$ e $F_{(403, 1)} = 10.16, p = .002$), a magnitude do efeito é pequena ($\eta^2p = 0.03$) e o poder do teste é muito elevado ($P = 0.92$ e $P = 0.89$).

Nas zonas centradas no casal, no outro e no próprio, as diferenças são estatisticamente significativas no que se refere ao número de gestações (respectivamente, $F_{(403, 1)} = 11.85, p = .001$, $F_{(403, 1)} = 10.29, p = .001$ e $F_{(403, 1)} = 10.62, p = .001$), com magnitudes do efeito pequenas e poder dos testes muito elevados ($\eta^2p = 0.03$ nas três dimensões e P entre 0.89 e 0.91). Situação semelhante ocorre com a satisfação conjugal total que é estatisticamente diferente entre as primigestas e as multigestas e cujo poder do teste é muito elevado ($F_{(403, 1)} = 11.91, p = .001, \eta^2p = 0.03, P = 0.93$).

A idade e a escolaridade não influenciam a satisfação conjugal suas dimensões e zonas, à exceção da dimensão funcionamento conjugal que é influenciada pela escolaridade.

As estratégias de resolução de problemas adoptadas pelas mulheres não são influenciadas pelo número de gestações (Quadro 36.). As grávidas primigestas e multigestas, depois de controladas as covariáveis idade e escolaridade, não são significativamente diferentes no que se refere ao coping.

Quadro 36. Teste de MANCOVA para o efeito do número de gestações e covariáveis nas dimensões da IRP-F

<i>Efeito</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Nº de gestações	1.21	.298
Idade	0.77	.609
Escolaridade	4.50	.000

Teste de Box da igualdade da matrizes da covariância = 34.22, p = .215

Teste de Levene > .05

Os estados emocionais negativos, nas suas dimensões depressão, ansiedade, stress e total, avaliados pela DASS-42, são mais elevados nas multigestas, cujas estatísticas descritivas se podem observar no Quadro 37.

Quadro 37. Estatísticas descritivas da DASS-F total e suas dimensões em primigestas e multigestas

GESTA	Depressão		Ansiedade		Stress		Total	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Primigesta (n = 211)	3.49	5.12	3.80	3.38	9.93	7.42	18.80	15.61
Multigesta (n = 196)	4.94	5.83	4.64	4.05	11.40	7.62	23.33	17.76

Quando estes resultados são testados pela MANCOVA, apresentam diferenças estatisticamente significativas e são influenciados pela escolaridade mas não pela idade, como se pode observar no Quadro 38, abaixo apresentado.

Quadro 38. Teste de MANCOVA para o efeito do número de gestações e covariáveis na DASS-F

<i>Efeito</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Nº de gestações	2.60	.036
Idade	1.18	.319
Escolaridade	3.94	.004

Teste de Box da igualdade da matrizes da co-variância = 25.32, p = .005

Teste de Levene com p > .05 para stress e DASS total.

A aplicação da ANCOVA, a fim de conhecer as dimensões onde existem essas diferenças, conforme se pode ver no Quadro 39, abaixo, permite verificar que estas ocorrem em todas as dimensões, depressão, ansiedade, stress e total, sendo que as médias são superiores nas multigestas em comparação com as primigestas. Porém, o poder do teste apenas é significativo na DASS total.

Quadro 39. Teste de ANCOVA para o efeito do número de gestações e covariáveis nas subescalas e no total da DASS-F

Fonte de variação	VD	Soma dos quadrados Tipo III	GL	Média dos quadrados	F	p	$\eta^2 p$	P
Nº de Gestações	Depressão	182.51	1	182.51	6.36	.012	0.02	0.71
	Ansiedade	60.50	1	60.50	4.48	.035	0.01	0.58
	Stress	263.93	1	263.93	4.70	.031	0.01	0.56
	Total	1986.13	1	1986.13	7.32	.007	0.02	0.77
Escolaridade	Depressão	256.68	1	256.68	8.94	.003	0.02	0.85
	Ansiedade	67.01	1	67.01	4.96	.026	0.01	0.11
	Stress	29.36	1	29.36	0.52	.470	0.00	0.60
	Total	1226.95	1	1226.95	4.52	.034	0.01	0.56
Idade	Depressão	131.78	1	131.78	4.59	.033	0.01	0.57
	Ansiedade	32.40	1	32.40	2.40	.122	0.01	0.34
	Stress	164.34	1	164.34	2.93	.088	0.01	0.40
	Total	1148.15	1	1148.15	4.23	.040	0.01	0.54
Erro	Depressão	11574.67	403	28.72				
	Ansiedade	5444.36	403	13.51				
	Stress	22616.16	403	56.12				
	Total	109341.01	403	271.32				

Na depressão, os valores médios mais elevados nas multigestas, e significativamente diferentes, entre primigestas e multigestas ($F_{(403, 1)} = 6.36, p = .012$). Estes resultados são influenciados quer pela idade quer pela escolaridade, na amostra em estudo. O poder do teste é, contudo, baixo ($P = 0.71$), assim como a magnitude do efeito ($\eta^2 p = 0.02$), o que nos obriga a ser prudentes na generalização dos resultados.

No que se refere à ansiedade, esta é significativamente mais elevada nas multigestas em comparação com as primigestas ($F_{(403.1)} = 4.48, p = .035, \eta^2 p = 0.01, P = 0.58$). Essas diferenças não sofrem o efeito da idade mas têm o efeito da escolaridade. Importa referir o baixo valor da magnitude do efeito e o baixo poder do teste, o que limita a extrapolação dos resultados.

A variável stress não se diferencia das anteriores no seu resultado genérico, verificando-se diferenças entre as primigestas e as mulheres que já estiveram grávidas anteriormente, com valores mais elevados nas segundas ($F_{(403.1)} = 4.70, p = .031, \eta^2 p =$

0.01, $P = 0.56$). Esta variável não sofre o efeito da escolaridade nem da idade (no caso da idade o nível de significância é marginal), como seria expectável. Também neste, o poder do teste é baixo.

Na DASS-total, os resultados obtidos ($F_{(403,1)} = 7.32$, $p = .007$, $\eta^2 p = 0.02$, $P = 0.77$) mostram, para além do nível de significância, que o teste tem um elevado poder, o que nos dá garantias de que o resultado obtido não se deve à amostra em estudo, mas pode ser encontrado noutras amostras da população apesar da baixa magnitude observada. Este resultado é influenciado pela covariáveis idade e escolaridade. Assim, é na DASS total que encontramos a garantia das diferenças entre sujeitos.

O efeito do número de gestações no stress percebido no contexto profissional foi estudado através da ANCOVA dada a unidimensionalidade da escala, como se observa no Quadro 40. Embora as mulheres multigestas manifestem níveis médios de stress profissional mais elevados do que as primigestas [respectivamente, 21.48 ($DP = 6.85$) e 19.96 ($DP = 6.93$)], não é significativo o efeito do número de gestações no stress profissional ($F_{(359,1)} = 2.65$, $p = .105$).

Quadro 40. Teste de ANCOVA para o efeito do número de gestações e covariáveis na PSS-F *

Fonte de variação	VD	Soma dos quadrados Tipo III	GL	Média dos quadrados	F	p	$\eta^2 p$	P
Nº de gestações	PSS-F	126.19	1	126.19	2.65	.105	0.01	0.37
Idade	PSS-F	7.50	1	7.50	0.16	.692	0.00	0.07
Escolaridade	PSS-F	24.57	1	24.57	0.52	.473	0.00	0.11
Erro	PSS-F	17111.38	359	47.66				

Teste de Levene > .05

*Primigestas, n = 191; multigestas, n = 172.

Os sintomas psicopatológicos avaliados na amostra feminina apresentam, todos eles, valores médios superiores nas mulheres multigestas em comparação com as primigestas. Mas, ao observar o quadro da análise multivariada (cf. Quadro 41), verificamos que o número de gestações não tem efeito significativo nos sintomas psicopatológicos no seu conjunto ($p = .188$), não diferindo estes, estatisticamente, entre primigestas e multigestas. Estes resultados mostram a importância de se terem considerado estas covariáveis na análise, no sentido de minimizar a influência exercida sobre as variáveis dependentes no estudo das diferenças psicológicas conforme o número de gestações.

Quadro 41. Teste de MANCOVA para o efeito do número de gestações e covariáveis no BSI-F

<i>Efeito</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Nº de gestações	1.35	.188
Idade	2.40	.005
Escolaridade	4.01	.000

Teste de Box da igualdade da matrizes da covariância = 257.24, $p = .000$

Teste de Levene com $p > .05$ para O-C e Host.

Nos homens, os resultados do efeito do número de filhos nas variáveis psicológicas, depois de controladas as covariáveis, e que foram sintetizados no início da apresentação desta hipótese, são, em seguida, apresentados e analisados tal como foi feito para as mulheres.

A opção pelo número de filhos, no homem, e não pelo número de gestações, tem apoio na literatura mas, sobretudo, pretende minimizar enviesamentos possíveis devidos à recolha de informação sobre gestações interrompidas em relações conjugais anteriores e o significado que as interrupções de gravidez têm, ou tiveram, para os sujeitos questionados.

Começando pela vinculação pré-natal paterna total e as dimensões, qualidade da vinculação paterna e intensidade da preocupação paterna, estas apresentam níveis superiores, em média, nos homens durante a gravidez relativa ao primeiro filho em comparação com aqueles que já têm filho(s), como se pode observar no Quadro 42, em seguida apresentado.

Quadro 42. Estatísticas descritivas da EVPNP total e suas dimensões em homens com ($n = 260$) e sem filhos ($n = 146$)

<i>Nº de filhos</i>	<i>QVP</i>		<i>IPP</i>		<i>EVPNP TOTAL</i>	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
S / filhos	85.05	10.79	59.29	16.61	74.75	11.62
C/ filho(s)	84.84	11.58	50.90	18.71	71.26	12.59

O teste MANCOVA mostra que o número de filhos tem efeito significativo nas variáveis conjuntas da vinculação pré-natal paterna ($p = .000$). A idade não exerce efeito sobre os níveis de vinculação no seu conjunto ($p = .356$). A escolaridade mostra um efeito significativo no conjunto das variáveis em análise, com $p = .032$ (cf. Quadro 43).

Quadro 43. Teste de MANCOVA para o efeito do número de filhos e covariáveis nas dimensões da EVPNP

<i>Efeito</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Nº de filhos	14.14	.000
Idade	1.04	.356
Escolaridade	3.47	.032

Teste de Box < .05;

Teste de Levene > .05 em todas as dimensões

Perante as diferenças encontradas no teste multivariado, aplicamos o teste ANCOVA às variáveis e covariáveis em análise, cujos resultados podem ser observados no Quadro 44, a seguir apresentado.

Quadro 44. Teste de ANCOVA para o efeito entre sujeitos do número de filhos nas subescalas e no total da EVPNP

<i>Fonte de variação</i>	<i>VD</i>	<i>Soma dos quadrados Tipo III</i>	<i>GL</i>	<i>Média dos quadrados</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2 p$	<i>P</i>
Nº de filhos	QVP	27.31	1	27.31	0.22	.637	0.00	0.08
	IPP	5187.04	1	5187.04	17.23	.000	0.04	0.99
	VPNP-total	659.09	1	659.09	4.60	.033	0.01	0.57
Escolaridade	QVP	106.69	1	106.69	0.87	.351	0.00	0.15
	IPP	708.46	1	708.46	2.35	.126	0.01	0.33
	VPNP-total	19.80	1	19.80	0.14	.710	0.00	0.07
Idade	QVP	244.49	1	244.49	2.00	.159	0.01	0.29
	IPP	313.62	1	313.62	1.04	.308	0.00	0.18
	VPNP-total	271.11	1	271.11	1.89	.170	0.01	0.28
Erro	QVP	49254.85	402	122.52				
	IPP	120994.83	402	300.98				
	VPNP-total	57639.54	402	143.38				

Na análise do efeito do número de filhos sobre as dimensões QVP e IPP, e o total da vinculação pré-natal paterna, depois de controladas as covariáveis, verifica-se que a QVP não sofre o efeito do número de filhos ($F_{(402, 1)} = 2.23$, $p = .637$), não diferindo entre os homens que vão ter o primeiro filho e os que já têm filhos.

No que diz respeito à IPP, esta é significativamente mais elevada nos homens que ainda não têm filhos em relação aos que já os têm ($F_{(402, 1)} = 17.23$, $p = .000$, $\eta^2 p = 0.04$, $P = 0.99$). Como se observa, a magnitude do efeito é pequena e o poder do teste é muito elevado o que, neste caso, garante os resultados obtidos.

Em relação à vinculação pré-natal paterna total, verifica-se que os seus níveis estão sob o efeito do número de filhos, com diferenças significativas entre os grupos em estudo

($F_{(402, 1)} = 4.60, p = .033, \eta^2 p = 0.01, P = 0.57$). No entanto, há que dar atenção ao baixo poder observado no teste, que apenas permite garantir os resultados obtidos na amostra em estudo, assim como deve ser tido em conta a baixa magnitude do efeito.

Quer a IPP quer a VPNP total não sofrem o efeito das covariáveis em análise.

A satisfação com a vida conjugal nas suas dimensões de funcionamento conjugal, amor e no total, assim como as zonas centradas no casal, no outro e no próprio, são superiores, em média, nos homens que vão ter o primeiro filho, o que mostra que a satisfação conjugal decresce, em todos estes aspectos, quando esta já não é a primeira experiência, resultados que podem ser consultados no Quadro 45.

Quadro 45. Estatísticas descritivas da EASAVIC total e suas dimensões em homens sem filhos (n = 260) e em homens com filho(s) (n = 146)

Dimensões Nº filhos	FC		A		C		O		P		EASAVIC T	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
s/ filhos	80.65	13.64	132.92	16.58	71.97	11.85	67.09	12.22	71.34	8.68	213.57	28.24
c/filho(s)	74.80	14.47	126.14	20.03	67.09	12.22	70.27	9.18	67.74	10.16	200.93	32.33

No seu conjunto, através da MANCOVA, verificou-se que o efeito do número de filhos na satisfação conjugal total, dimensões e zonas, controlando a idade e a escolaridade, é significativo ($p = .045$), assim como o é a escolaridade ($p = .014$). Não é significativo o efeito da idade no conjunto das variáveis da satisfação com a vida conjugal (cf. Quadro 46).

Quadro 46. Teste de MANCOVA para o efeito do número de filhos e covariáveis na EASAVIC-M

Efeito	F	p
Nº de filhos	2.46	.045
Idade	0.44	.782
Escolaridade	3.18	.014

Teste de Levene > .05 em FC, Casal e total

Teste de Box < .05

Através do teste ANCOVA, analisando cada dimensão e o efeito das covariáveis, verificamos que o número de filhos tem efeito significativo na satisfação conjugal global, em cada dimensão e em cada zona com diferenças estatisticamente significativas e que essas diferenças não são influenciadas pela idade mas todas elas sofrem o efeito da escolaridade, como se pode constatar no Quadro 47, abaixo apresentado.

Os resultados do funcionamento conjugal, do amor, da zona centrada no casal, no outro e no próprio e satisfação com a vida conjugal total, para além de serem significativos (p entre .008 e .01), mostram um elevado poder do teste ($0.73 < P < 0.86$) o que nos dá

garantias dos mesmos e da sua possível generalização. Contudo, a magnitude do efeito é pequena ($\eta^2p = 0.02$).

Quadro 47. Teste de ANCOVA para o efeito do número de filhos nas subescalas e no total da EASAVIC-M

<i>Fonte de variação</i>	<i>VD</i>	<i>Soma dos quadrados Tipo III</i>	<i>GL</i>	<i>Média dos quadrados</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2p	<i>P</i>
Nº de filhos	FC	1763.57	1	1763.57	9.25	.003	0.02	0.86
	AMOR	2126.11	1	2126.11	6.70	.010	0.02	0.73
	CASAL	7762.44	1	7762.44	8.89	.003	0.02	0.83
	OUTRO	1216.82	1	1216.82	8.58	.004	0.02	0.82
	PRÓPRIO	818.62	1	818.62	8.25	.004	0.02	0.76
	TOTAL	605.67	1	605.67	7.20	.008	0.02	0.85
Escolaridade	FC	1926.25	1	1926.25	10.10	.002	0.03	0.89
	AMOR	1564.62	1	1564.62	4.93	.027	0.01	0.60
	CASAL	6962.96	1	6962.96	7.98	.005	0.02	0.75
	OUTRO	989.15	1	989.15	6.97	.009	0.02	0.76
	PRÓPRIO	708.55	1	708.55	7.14	.008	0.02	0.79
	TOTAL	643.89	1	643.89	7.65	.006	0.02	0.80
Idade	FC	59.75	1	59.75	0.31	.576	0.00	0.09
	AMOR	447.25	1	447.25	1.41	.236	0.00	0.22
	CASAL	833.95	1	833.95	0.96	.329	0.00	0.12
	OUTRO	84.39	1	84.39	0.60	.441	0.00	0.19
	PRÓPRIO	118.41	1	118.41	1.19	.275	0.00	0.16
	TOTAL	77.62	1	77.62	0.92	.337	0.00	0.16
Erro	FC	76639.98	402	190.65				
	AMOR	127582.59	402	317.37				
	CASAL	350884.40	402	872.85				
	OUTRO	57043.76	402	141.90				
	PRÓPRIO	39887.13	402	99.22				
	TOTAL	33821.03	402	84.13				

As estratégias de resolução de problemas – coping – nos homens em estudo não são influenciadas pelo número de filhos ($p = .574$), conforme se observa no Quadro 48, onde se mostra o teste de MANCOVA. Assim, o coping utilizado pelos homens que ainda não têm filhos não difere do coping utilizado pelos homens que já são pais.

Quadro 48. Teste de MANCOVA para o efeito do número de gestações e covariáveis no IRP-M

<i>Efeito</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Nº de filhos	0.82	.574
Idade	1.22	.291
Escolaridade	4.58	.000

Teste de Box da igualdade da matrizes da co-variância = 28.17, $p = .486$

Teste de Levene com $p > .05$ em todas as dimensões

Com a testagem através da MANCOVA dos estados emocionais negativos, nas suas dimensões depressão, ansiedade, stress e total, avaliados pela DASS, e controlando as covariáveis idade e escolaridade, verifica-se que o efeito do número de filhos não é significativo para o conjunto das variáveis ($p = .273$), conforme se observa no Quadro 49.

Quadro 49. Teste de MANCOVA para o efeito do número de filhos e covariantes na DASS-M

<i>Efeito</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Nº de filhos	1.29	.273
Idade	1.00	.410
Escolaridade	5.85	.000

Teste de Box da igualdade da matrizes da co-variância = 51.54, $p = .000$
 Teste de Levene > .05 para stress, ansiedade e total

O stress percebido no contexto profissional, nos homens, estudado com a ANCOVA, não varia conforme o número de filhos ($F_{(402, 1)} = 0.55, p = .459, \eta^2_p = 0.00, P = 0.12$) como se pode verificar no Quadro 50, abaixo apresentado.

Quadro 50. Teste de ANCOVA para o efeito do número de filhos na PSS-M

<i>Fonte de variação*</i>	<i>Soma dos quadrados Tipo III</i>	<i>GL</i>	<i>Média dos quadrados</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p	<i>P</i>
Nº de filhos	22.70	1	22.70	0.55	.459	0.00	0.12
Escolaridade	64.67	1	64.67	1.57	.211	0.00	0.24
Idade	135.10	1	135.10	3.28	.071	0.01	0.44
Erro	16583.46	402	41.25				

*Teste de Levene > .05

Na amostra masculina, entre os homens que não têm filhos e os que já têm pelo menos um filho, o quadro da análise multivariada (Quadro 51) mostra que o número de gestações não tem efeito significativo nos sintomas psicopatológicos no seu conjunto ($p = .952$). O número de filhos, nos homens, não tem efeito significativo sobre os sintomas psicopatológicos. Na mulher, o número de gestações e as covariáveis têm efeito significativo sobre um grande número de sintomas psicopatológicos.

Quadro 51. Teste de MANCOVA para o efeito do número de filhos e covariáveis no BSI-M

<i>Efeito</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Nº de filhos	0.43	.952
Idade	1.47	.135
Escolaridade	3.64	.000

Teste de Box da igualdade da matrizes da co-variância = 169.87, $p = .000$
 Teste de Levene com $p > .05$ em todas as dimensões

Para finalizar o estudo da hipótese, concluímos que há efeito maior do número de gestações nas variáveis psicológicas das mulheres grávidas relativas às atitudes, emoções negativas e conjugalidade e que são as múltiparas que têm efeitos de maior risco.

Os homens, durante a gravidez das suas companheiras, apresentam o efeito do número de filhos nas variáveis psicológicas relacionais tais como a satisfação com a vida conjugal e a vinculação pré-natal total e intensidade da preocupação.

A hipótese corrobora-se parcialmente.

H₄ – A vinculação pré-natal materna está correlacionada positivamente com variáveis psicológicas, tais como as atitudes sobre a gravidez, satisfação conjugal e coping e negativamente correlacionada com outras variáveis psicológicas tais como os estados de humor negativos, os sintomas psicopatológicos e o stress profissional. A vinculação pré-natal paterna está correlacionada no mesmo sentido com as mesmas variáveis psicológicas observadas nos homens.

Nesta hipótese aprecia-se, com o teste de correlação de Pearson, a associação entre a vinculação pré-natal nas mulheres e as variáveis psicológicas femininas e entre a vinculação pré-natal nos homens e as suas variáveis psicológicas, ordem pela qual os resultados serão apresentados e analisados.

Os resultados obtidos pela aplicação do teste de correlação, na amostra feminina, podem ser observados no Quadro 52.

Quadro 52. Correlações de Pearson entre a EVPNM total e dimensões QVM e IPM e as variáveis psicológicas maternas em estudo

Escalas/dimensões maternas	QVM		IPM		EVPNM Total		
	R	p	r	p	r	p	
EAGM (N = 407)	FI	-.34	.000	-.38	.000	-.41	.000
	BM	-.13	.010	-.26	.000	-.23	.000
	GFMCP	-.11	.034	-.18	.000	-.17	.001
	ADGM	.24	.000	-.02	.631	.10	.054
	RPM	-.14	.006	-.20	.000	-.20	.000
	AMC	-.25	.000	-.21	.000	-.26	.000
	ICND	-.15	.002	-.28	.000	-.26	.000
PSS (n=360)	Total	-.16	.002	-.34	.518	-.10	.058
DASS (N = 407)	Total	-.36	.000	-.07	.177	-.21	.000
	DEP	-.41	.000	-.13	.010	-.28	.001
	ANS	-.21	.000	.02	.640	-.08	.090
	STR	-.29	.000	-.05	.277	-.17	.000
BSI (N=407)	SOM	-.23	.000	.02	.770	-.10	.046
	O-C	-.25	.000	-.07	.151	-.17	.001
	SEN.INT	-.21	.000	-.04	.381	-.13	.011
	DEP	-.32	.000	-.09	.072	-.21	.000
	ANS	-.32	.000	-.04	.396	-.18	.000
	HOST	-.29	.000	-.06	.247	-.17	.000
	ANS.FÓB	-.20	.000	.01	.923	-.09	.075
	IDE.PAR.	-.26	.000	-.04	.418	-.15	.003
	PSIC.	-.29	.000	-.07	.156	-.18	.000
	IGS	-.32	.000	-.05	.307	-.18	.000
	TSP	-.32	.000	-.05	.275	-.18	.000
	ISP	-.18	.000	-.02	.684	-.10	.046
EASAVIC (N = 407)	TOTAL	.40	.000	.23	.000	.34	.000
	FUN.CONJ	.40	.000	.21	.000	.33	.000
	AMOR	.37	.000	.23	.000	.33	.000
	CASAL	.39	.000	.22	.000	.33	.000
	PRÓPRIO	.40	.000	.24	.000	.35	.000
	OUTRO	.38	.000	.21	.000	.31	.000
IRP (N = 407)	TOTAL	.26	.000	.06	.271	.16	.002
	PED.AJUD	-.09	.084	-.16	.001	-.15	.003
	CON.R.A.P.	.28	.000	.16	.001	.24	.000
	ABAN.PAS	.14	.004	-.003	.945	.07	.192
	CONT.I/E	.15	.002	.02	.742	.08	.097
	EST.C.E	.04	.392	.001	.989	.02	.683
	A.-R.MED	.11	.025	.01	.844	.06	.241

A análise dos resultados permite afirmar o seguinte. A QVM correlaciona-se positiva e significativamente com a sub-escala ADGM (da EAGM), com a EASAVIC total e suas dimensões, com o IRP total e respectivos factores (excepto pedido de ajuda e estratégias de controlo das emoções).

A QVM correlaciona-se negativa e significativamente com as subescalas da EAGM (excepto ADGM), com a PSS, com a DASS total e dimensões, e também com o BSI, dimensões e totais. Não são significativas as correlações entre a QVM e o pedido de ajuda (PA) e entre a QVM e as estratégias de controlo das emoções (ECE), factores do IRP.

A IPM correlaciona-se positiva e significativamente com a EASAVIC total e suas dimensões e com o factor do IRP confronto e resolução activa de problemas e planificação da estratégia (CRAPPE). A IPM correlaciona-se negativa e significativamente com as subescalas da EAGM (excepto ADGM, cuja correlação não é significativa), com a depressão da DASS e com o pedido de ajuda (PA) do IRP. As correlações não são significativas no caso do PSS, DASS total e dimensões ansiedade e stress, BSI e suas dimensões, IRP total e factores abandono passivo (APS), controlo interno/externo (CI/EP), controlo emocional (ECE) e auto-responsabilização e medo das consequências (ARMC).

A EVPNM total correlaciona-se positiva e significativamente com a EASAVIC total e suas dimensões, IRP total e factor confronto e resolução activa de problemas (CRAPPE). A EVPNM total correlaciona-se negativa e significativamente com a EAGM (excepto ADGM), com a DASS e suas dimensões (a ansiedade apresenta significância marginal), com a BSI e suas dimensões (significância marginal na ansiedade fóbica) e com o factor pedido de ajuda (F1) do IRP.

As correlações não são significativas entre a EVPNM total e a ADGM, a PSS, a ansiedade da DASS, ansiedade fóbica do BSI, nem com os seguintes factores do IRP: abandono passivo (AP), controlo interno/externo (CI/EP), estratégias de controlo das emoções (ECE) e auto-responsabilização e medo das consequências (ARMC).

A análise da relação entre, por um lado, as atitudes face à gravidez e à maternidade e, por outro lado, a vinculação pré-natal materna foi feita apenas nas mulheres da amostra porque se trata de uma escala feminina. Todas as sub-escalas, excepto ADGM (aspectos difíceis da gravidez e da maternidade), estão correlacionadas negativa e significativamente com a VPNM total, com a QVM e com a IPM.

Em seguida, passamos à apresentação detalhada dos resultados e análise dos mesmos, em cada grupo e em cada escala, primeiro nas mulheres e, depois, nos homens.

De acordo com a cotação da escala e como tem vindo a ser referido, atitudes mais elevadas corresponde um menor valor absoluto obtido nos níveis totais de vinculação pré-natal. Assim, quanto mais elevados forem os níveis da QVM, IPM e VPNM total, mais baixos são os níveis das sub-escalas da EAGM, o que justifica que as correlações negativas encontradas correspondam a resultados favoráveis. Os resultados descritos podem ser consultados no Quadro 2, na pág. 258. As sub-escalas filho imaginado (FI), boa mãe (BM), gravidez como factor de mudança e crescimento pessoal (GFMCP), relação com a própria mãe (RPM), apoio do marido/companheiro (AMC), imagem corporal e necessidade de dependência (ICND) têm correlações negativas e significativas.

A sub-escala aspectos difíceis da gravidez e da maternidade (ADGM) correlaciona-se positiva e significativamente com a QVM ($r = .24, p = .000$), mostrando que quanto mais difícil é a vivência da gravidez mais baixa é a qualidade da vinculação. A correlação desta sub-escala com a IPM não é significativa ($p = .631$), assim como não o é com a VPNM total ($p = .054$). Esta última tem, no entanto, uma significância marginal e, sendo uma correlação negativa, indica a tendência no sentido de uma maior vinculação total, quanto melhor é a atitude face à gravidez.

O stress profissional nas mulheres trabalhadoras diminui a QVM de modo muito significativo ($r = -.16, p = .002$) e, embora correlacionado negativamente com a IPM e com a VPNM total, estas correlações não são estatisticamente significativas. Há, contudo, significância marginal na correlação entre a VPNM total e o stress profissional ($p = .058$), o que leva a considerar a disposição para uma relação inversa e significativa entre ambas.

A análise da correlação entre a DASS e as suas dimensões, por um lado, e a vinculação pré-natal materna, por outro lado, indica que a depressão nas grávidas está correlacionada negativa e significativamente com a QVM ($r = -.41, p = .000$), a IPM ($r = -.13, p = .01$) e a VPNM total ($r = -.21, p = .000$). A correlação negativa e significativa entre a depressão e a vinculação pré-natal materna total e suas dimensões evidencia a relevância das alterações no estado de humor da mulher no período da gravidez, levando à diminuição dos níveis de vinculação quando os níveis de depressão aumentam.

A ansiedade materna correlaciona-se em sentido contrário e estatisticamente significativo com a QVM ($r = -.21, p = .000$) e também em sentido inverso, mas não significativo, embora marginalmente significativo, com a VPNM total ($p = .09$). Estes resultados sugerem que um estado de menor ansiedade aumenta a vinculação pré-natal total e a qualidade da vinculação. A correlação entre a ansiedade e a IPM é positiva mas não significativa ($p = .640$).

O stress materno afecta negativamente a VPNM total e a QVM. A correlação é negativa e significativa quando se estabelece entre o stress e a QVM ($r = -.29, p = .000$) e entre o stress e a VPNM total ($r = -.17, p = .000$). Não é significativa quando se calcula entre o stress e a IPM ($p = .277$). Resultados idênticos foram obtidos na correlação entre a DASS total e a vinculação pré-natal materna.

Verificam-se correlações negativas e estatisticamente significativas entre a DASS total e a QVM ($r = -.36, p = .000$) e entre a DASS total e a VPNM total ($r = -.21, p = .000$). Além disso, observa-se uma correlação negativa e não significativa entre a DASS total e a IPM ($p = .177$).

Em síntese, a depressão está correlacionada significativamente, em sentido negativo, com a VPNM total, com a QVM e com a IPM. A ansiedade está correlacionada com a QVM em sentido negativo. O stress e a DASS total estão correlacionados, em sentido negativo com a QVM e com a VPNM total.

A relação entre os sintomas psicopatológicos e a vinculação pré-natal nas mulheres mostra que todos os sintomas (somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo) e índices totais (IGS, TSP e o ISP) se correlacionam negativa e significativamente com a QVM ($p = .000$), como se observa nos resultados expostos no quadro apresentado. E todos os sintomas psicopatológicos e totais IGS, TSP e ISP, na mulher, têm correlações não significativas com a IPM ($p > .05$), tal como se pode constatar pela análise do Quadro 52.

Todas as correlações são negativas e significativas entre a VPNM total e os sintomas psicopatológicos e totais, IGS, TSP, ISP, à exceção da ansiedade fóbica que apresenta significância marginal ($r = - .09, p = .075$).

A QVM e a VPNM total são mais sensíveis aos sintomas psicopatológicos, do que a IPM.

A conjugalidade é o elo de ligação entre as mulheres e os homens em estudo e é, porventura, a razão pela qual se tornam pais. A satisfação com a conjugalidade está fortemente correlacionada com a vinculação que cada progenitor estabelece com o feto. Nas mulheres há correlações fortes, positivas e muito significativas ($p = .000$) entre a satisfação com a vida conjugal global, a funcionalidade conjugal e o amor e a QVM ($r = .40, r = .40$ e $r = .30$, respectivamente), a IPM ($r = .23, r = .21$ e $r = .23$, respectivamente) e a VPNM total ($r = .34, r = .33$ e $r = .33$, respectivamente), tal como se observa no Quadro 52.

Quer a relação conjugal se foque no casal, no próprio ou no outro, a correlação destas com a VPNM total, a QVM e a IPM é forte, positiva e muito significativa ($p = .000$). O valor dessas correlações oscila entre .21 e .40. Bons níveis de satisfação com a vida conjugal correspondem a bons níveis de vinculação pré-natal, nas mulheres que esperam um filho.

O coping e a sua relação com a vinculação pré-natal indica, relativamente ao IRP total, uma correlação positiva e significativa com a QVM ($r = .26, p = .000$) e o mesmo tipo de correlação com a VPNM total ($r = .16, p = .002$). Embora positiva, a correlação entre o coping total materno e a IPM não é significativa ($p = .27$). Quanto às dimensões, o pedido de ajuda (PA), nas mulheres, não está correlacionado significativamente com a QVM,

manifestando apenas uma significância marginal ($p = .08$), mas está negativa e significativamente correlacionado com a IPM ($r = -.16, p = .001$) e com a VPNM total ($r = -.15, p = .003$).

A relação entre o controlo e a resolução activa dos problemas e planificação da estratégia (CRAPPE) é significativa e positiva com a QVM ($r = .28, p = .000$), com a IPM ($r = .16, p = .001$) e com a VPNM total ($r = .24, p = .000$). Nas mulheres, quanto mais elevados são os níveis apresentados nesta estratégia, melhor é a VPNM total, a QVM e a IPM com o feto.

A correlação entre o abandono passivo perante a situação (APS) e a QVM ($r = .14, p = .004$) é positiva e significativa. No entanto, não são significativas as correlações que se estabelecem entre o APS e a IPM ($p = .945$) ou a VPNM total ($p = .192$). O controlo interno/externo dos problemas (CI/EP) está correlacionado positivamente com a QVM ($r = .15, p = .002$), mas não com a IPM ($p = .74$) e com a VPNM total ($p = .10$).

As estratégias de controlo das emoções (ECE) que as mães utilizam no decurso da gravidez estão associadas, positivamente, à vinculação pré-natal materna total e dimensões, mas sem significado estatístico. A auto-responsabilização e medo das consequências (ARMC) tem correlação positiva e significativa com a QVM ($r = .11, p = .03$) e não significativa com a IPM ($p = .84$) e com a VPNM total ($p = .24$).

Nas mulheres, em síntese, o coping total e o controlo e resolução activa de problemas estão positiva e significativamente correlacionados com a QVM, a IPM e a VPNM total. O pedido de ajuda (PA) correlaciona-se negativa e significativamente com a IPM e com a VPNM total enquanto o abandono passivo (APS), o controlo interno/externo dos problemas (CI/EP) e a auto-responsabilização e medo das consequências (ARMC) têm correlação positiva e significativa com a QVM. As estratégias de controlo das emoções (ECE) estabelecem correlações positivas muito fracas com a vinculação pré-natal e sem significado estatístico.

As variáveis psicológicas paternas e a relação com a vinculação pré-natal paterna foram testadas com a correlação de Pearson, à semelhança do que foi feito com a amostra materna, atrás apresentada. Os resultados podem ser observados no Quadro 53.

Quadro 53. Correlações de Pearson entre a EVPNP total e dimensões QVP e IPP e as variáveis psicológicas paternas em estudo

Escala/dimensões paternas		QVP		IPP		EVPNP Total	
		r	p	r	p	r	p
PSS (n=360)	Total	-.14	.006	-.01	.842	-.08	.106
	DASS (N = 407)	Total	-.12	.018	.06	.230	-.03	.554
	DEP	-.14	.004	.01	.828	-.07	.150
	ANS	-.03	.593	.19	.000	-.10	.055
	STR	-.13	.012	.02	.654	-.06	.265
BSI (N = 407)	SOM	-.10	.052	.11	.033	.01	.848
	O-C	-.16	.001	-.04	.406	-.11	.025
	SEN.INT	-.18	.000	-.01	.841	-.11	.033
	DEP	-.15	.002	-.01	.881	-.09	.073
	ANS	-.12	.014	.03	.577	-.05	.307
	HOST	-.13	.011	.001	.987	-.07	.166
	ANS.FÓB	-.09	.061	.05	.356	-.02	.630
	IDE.PAR.	-.12	.020	.01	.806	-.06	.260
	PSIC.	-.12	.020	.02	.654	-.05	.312
	IGS	-.15	.002	.02	.737	-.07	.140
	TSP	-.17	.000	.01	.896	-.09	.067
	ISP	-.03	.536	.06	.240	-.02	.725
	EASAVIC (N = 407)	TOTAL	.48	.000	.28	.000	.43	.000
FUN.CONJ		.40	.000	.23	.000	.36	.000
AMOR		.49	.000	.29	.000	.44	.000
CASAL		.43	.000	.26	.000	.39	.000
PRÓPRIO		.48	.000	.28	.000	.43	.000
OUTRO		.48	.000	.27	.000	.42	.000
IRP (N = 407)	TOTAL	.24	.000	-.02	.715	.12	.013
	PED.AJUD	-.03	.563	-.06	.244	-.05	.314
	CON.R.A.P.	.25	.000	.04	.417	.16	.001
	ABAN.PAS	.14	.005	-.01	.923	.07	.143
	CONT.I/E	.17	.001	.03	.617	.11	.029
	EST.C.E	.05	.283	-.09	.064	-.03	.615
	A.-R.MED	.08	.110	-.04	.378	.02	.721

Nos homens, a QVP correlaciona-se positiva e significativamente com a EASAVIC total e suas dimensões, com o IRP total e com os factores confronto e resolução activa de problemas (CRAPPE), abandono passivo (APS) e controlo interno/externo (CI/EP). A QVP correlaciona-se negativamente e significativamente com as variáveis PSS, DASS total e suas dimensões depressão e stress, com o BSI em todos os factores, excepto somatização e ansiedade fóbica, cuja significância é marginal em ambos, e com o ISP, que não tem significância estatística significativa. As correlações não são significativas com a ansiedade da DASS, somatização, ansiedade fóbica e ISP, do BSI, pedido de ajuda (PA), estratégias de controlo das emoções (ECE) e a auto-responsabilização e medo das consequências (ARMC), factores do IRP.

A IPP mostra correlações positivas e significativas com a ansiedade da DASS, com a somatização do BSI e com a EASAVIC total e suas dimensões. A IPP não apresenta correlações negativas e significativas. Correlações não significativas encontram-se entre a

IPP e o PSS, DASS total, depressão e stress, BSI em todas as dimensões (excepto a somatização) e com o IRP e seus factores (embora a estratégia de controlo das emoções-ECE apresente uma significância marginal).

A VPNP total aponta para correlações positivas e significativas com a EASAVIC total e dimensões, IRP total, confronto e resolução activa de problemas (F2) e controlo interno/externo (F4). A VPNP total mostra correlações negativas e significativas com a obsessões-compulsões e a sensibilidade interpessoal. Não se observam correlações significativas entre, por um lado, a VPNP total e, por outro lado, o PSS, a DASS e suas dimensões, os sintomas psicopatológicos (à excepção das obsessões-compulsões), os factores do IRP pedido de ajuda (PA), abandono passivo (APS), estratégias de controlo das emoções (ECE) e a auto-responsabilização e medo das consequências (ARMC).

Passamos à análise dos resultados estatísticos. O aumento do stress profissional nos homens durante a gravidez baixa significativamente a QVP ao feto ($r = -.14$, $p = .006$). Não se observam, no entanto, correlações significativas entre o stress profissional e a IPP ($p = .842$) ou a VPNP total ($p = .106$).

Os estados emocionais negativos (total, depressão, ansiedade e stress), avaliados pela DASS total, na amostra masculina, correlacionam-se negativa e significativamente com a QVP ($r = -.12$, $p = .018$). Com a IPP e com a VPNP total, a correlação não é significativa (respectivamente, $p = .23$ e $p = .554$).

Durante a gravidez, o aumento da depressão nos homens leva à diminuição significativa da QVP ($r = -.14$, $p = .004$), tal como se verifica com as mulheres. Relativamente à IPP e à VPNP total, não há correlação estatisticamente significativa destas dimensões com a depressão paterna ($p = .828$ e $p = .150$, respectivamente).

Os pais mais ansiosos têm maior IPP ($r = .19$, $p = .000$), mas a QVP não se correlaciona significativamente com a ansiedade dos pais ($p = .593$). E, embora não seja significativa a correlação entre a ansiedade e a vinculação pré-natal paterna total ($r = -.10$, $p = .055$), dada a proximidade da significância estatística ($p = .05$), pode ser apreciada a tendência para que o aumento de ansiedade nos pais diminua a vinculação paterno-fetal no seu total.

O stress nos homens que esperam um filho correlaciona-se negativa e significativamente com a QVP ($r = -.13$, $p = .012$), o que aponta para a redução dos níveis da qualidade da vinculação face ao aumento dos níveis de stress. O stress não estabelece correlações significativas do ponto de vista estatístico com a IPP ($p = .654$) ou com a VPNP total ($p = .265$).

O aumento dos níveis de depressão diminui a QVP enquanto a ansiedade aumentada corresponde ao acréscimo da IPP. O aumento do stress e da DASS total correspondem a níveis mais baixos na QVP.

A análise da correlação entre os sintomas psicopatológicos presentes nos homens e a vinculação pré-natal, tal como se observa no Quadro 53, mostra que a QVP está correlacionada significativa e negativamente com todos os sintomas psicopatológicos, com excepção do ISP ($p = .536$) e dos sintomas somatização e ansiedade fóbica, cuja significância é marginal e próxima de .05. Nos sintomas psicopatológicos dos homens encontra-se uma correlação positiva e significativa entre a somatização e a IPP ($r = .11, p = .03$) o que não se verifica com os restantes sintomas, cuja correlação com a IPP não é significativa.

A VPNP total está correlacionada com as obsessões-compulsões ($r = -.11, p = .025$) e com a sensibilidade interpessoal ($r = -.11, p = .033$). A depressão e o TSP apresentam significância marginal (respectivamente, $p = .073$ e $p = .067$) na correlação com a VPNP.

Em síntese, a QVP diminui à medida que aumentam as obsessões-compulsões, a sensibilidade interpessoal, a depressão, a hostilidade, a ideação paranóide, o psicoticismo, o IGS, e o TSP. A IPP aumenta com o incremento dos níveis de somatização. A VPNP total diminui com o acréscimo das obsessões-compulsões e da sensibilidade interpessoal.

A satisfação com a vida conjugal nos homens foi relacionada com a vinculação que estes estabelecem com o feto. Encontram-se correlações fortes, positivas e muito significativas ($p = .000$) entre a vinculação pré-natal e a satisfação com a vida conjugal global (QVP, $r = .48, p = .000$; IPP, $r = .28, p = .000$ e VPNP total, $r = .43, p = .000$). O mesmo acontece com o funcionamento conjugal (QVP, $r = .40, p = .000$; IPP, $r = .23, p = .000$ e VPNP total, $r = .36, p = .000$) e com o amor (QVP, $r = .49, p = .000$; IPP, $r = .29, p = .000$ e VPNP total, $r = .44, p = .000$). A bons níveis de satisfação com a vida conjugal correspondem bons níveis de vinculação pré-natal nos homens que esperam um filho.

O coping avaliado pelo IRP mostra que os valores obtidos pelos pais, no coping total, são, em tudo, semelhantes aos resultados maternos. Há correlações positivas e significativas entre o coping total e a QVP ($r = .24, p = .000$) e entre o coping total e a VPNP total ($r = .12, p = .013$). Mecanismos de coping com melhores valores correspondem a níveis superiores de vinculação pré-natal. A correlação entre o coping total e a IPP não é significativa ($p = .715$).

Nos homens, o pedido de ajuda (PA) não tem correlação significativa com as dimensões da vinculação paterno-fetal (QVP, $p = .563$; IPP, $p = .244$ e VPNP total, $p =$

.314). No que diz respeito ao controlo e resolução activa dos problemas e planificação de estratégias (CRAPPE), a correlação com a QVP é positiva e significativa ($r = .25, p = .000$) e o mesmo acontece com a VPNP total ($r = .66, p = .001$). Com a IPP a correlação é positiva mas não significativa ($p = .417$). Quanto maior o controlo e resolução activa dos problemas e de planificação de estratégias, maior a qualidade da vinculação paterna e maior a vinculação global do pai ao feto.

O abandono passivo perante a situação (APS) está correlacionado positiva e significativamente com a QVP ($r = .14, p = .005$). No entanto, não é significativa a correlação que se estabelece entre esta estratégia de coping e a IPP ($p = .923$) e entre aquela e a VPNP total ($p = .143$). Nos homens que vão ser pais, o controlo interno/externo dos problemas (CI/EP) correlaciona-se positiva e significativamente com a QVP ($p = .001$) e com a VPNP total ($p = .03$). A IPP não tem correlação significativa com esta dimensão do coping paterno ($p = .617$).

As estratégias de controlo das emoções (ECE) que os pais utilizam no decurso da gravidez não estão significativamente associadas à vinculação pré-natal total e suas dimensões. São correlações positivas, fracas e sem significado estatístico entre o factor (ECE) e a QVP ($p = .283$), a IPM ($p = .064$) e a VPNM total ($p = .615$). Também, a auto-responsabilização e medo das consequências (ARMC) não se correlaciona com a vinculação pré-natal paterna total nem com as suas dimensões (QVP, $p = .110$; IPM, $p = .378$ e VPNM total, $p = .721$) tal como se observou na análise da amostra feminina.

A associação entre o coping e a vinculação pré-natal paterna pode ser sistematizada do seguinte modo: ao aumento dos níveis de coping total, do confronto e resolução activa de problemas e do controlo interno/externo das situações, corresponde o aumento da QVP e da VPNP total. O aumento do nível do abandono passivo está associado ao aumento do nível da QVP.

A hipótese confirma-se parcialmente.

H₅ – Tanto no grupo das mulheres como no grupo dos homens, existem diferenças na vinculação pré-natal, tendo em conta os grupos constituídos com base nas variáveis sociodemográficas (e.g., idade, escolaridade, profissão, nível socioeconómico) e clínicas (e.g., planeamento da gravidez, dificuldade em engravidar).

A hipótese H₅ volta a centrar-se na análise dos resultados da vinculação pré-natal materna e paterna. Esta hipótese testa, por um lado, as diferenças de médias encontradas entre a VPNM e suas dimensões e as variáveis sociodemográficas e clínicas das mulheres e, por outro lado, as diferenças de médias existentes entre a VPNP e suas dimensões e as variáveis sociodemográficas e clínicas dos homens. É nosso interesse olhar os resultados de cada grupo, mães e pais expectantes, a fim de descrever analogias que deles advenham.

Foram utilizados os testes de comparação de médias *t* de Student para amostras independentes e One Way-ANOVA. Para além destes, face ao nível de medida das variáveis, aplicamos o teste de correlação de Pearson a um pequeno grupo de variáveis que vamos incluir nos resultados, dada a relevância dos mesmos. Dada a extensão dos quadros com a apresentação dos resultados obtidos pelo estudo desta hipótese, aqui apenas serão apresentados os quadros com valores estatísticos significativos, encontrando-se os restantes quadros em apêndice (Apêndice A4-1).

Começamos por fazer uma síntese global dos resultados, seguida da apresentação e análise dos mesmos, através das estatísticas e níveis de significância em cada grupo de sujeitos, primeiro nas mulheres e, depois, nos homens.

Os resultados obtidos demonstram que há variáveis sociodemográficas e clínicas, da mãe e do pai, que influenciam a VPNM e a VPNP, respectivamente, assim como há outras onde não se encontra essa influência. Olhando e descrevendo os resultados em mulheres e em homens, observam-se muito mais diferenças do que semelhanças.

A VPN total e suas dimensões, quer materna quer paterna, não são influenciadas pelas variáveis que dizem respeito a cada grupo de progenitores, sejam variáveis sociodemográficas (estado civil, profissão e fonte de obtenção de rendimentos), ou variáveis clínicas (dificuldade em engravidar, tipo de razões evocadas para esta não ser boa altura para a vinda de uma gravidez não planeada, tempo que o casal demorou a engravidar).

A VPN total materna e paterna e a QVM e QVP não são influenciadas pelo estatuto socioeconómico do casal. Quando se passa à análise da IPM e da IPP, verificam-se diferenças de médias significativas, conforme o estatuto socioeconómico do casal.

A idade das mulheres e a idade dos homens, analisada por faixas etárias, influencia a IPM e IPP, sendo mais baixa a preocupação com o feto quando a idade aumenta. Nas mulheres, a QVM e a VPNM total são influenciadas inversamente pela idade materna, ou seja, o aumento da idade leva ao decréscimo da vinculação. Nos homens, a QVP e a VPNP total não são influenciadas pela idade.

A IPM é significativamente menor nas mulheres mais escolarizadas, mas a escolaridade não altera a QVM ou a VPNM total. Nos homens, não há diferenças entre a VPNP total, a QVP e a IPP e a escolaridade por eles obtida.

O estatuto ocupacional da mulher não influencia os níveis de vinculação materna ao feto (total e dimensões). Nos homens, a QVP é significativamente mais elevada nos que têm insegurança no estatuto ocupacional.

Morar em apartamentos está associado com um aumento da QVM. Este efeito não é significativo na VPNP total ou dimensões. O estatuto socioeconómico das mulheres influencia a QVM que aumenta nas mulheres mais favorecidas, mas o estatuto socioeconómico dos homens não altera a vinculação ao feto, quer no total, quer nas dimensões. O agregado familiar não apresenta diferenças na vinculação materna total e nas dimensões. Nos homens que moram apenas com a sua mulher, a IPP é significativamente maior do que nos homens que têm outros membros na família nuclear.

Quanto às variáveis clínicas, o planeamento da gravidez influencia a VPNM total, a QVM e a IPM, com níveis de vinculação superiores nos casos de gravidez planeada. Nos homens, o planeamento influencia a QVP, que é superior quando a gravidez foi planeada. Se a gravidez não foi planeada, a sua aceitação influencia a VPNM total e a QVM.

Mulheres que aceitaram facilmente a vinda de uma gravidez não planeada apresentam níveis de VPNM total e de QVM superior às mulheres que tiveram uma aceitação difícil da gravidez não planeada. No homem que vai ser pai, quer a aceitação da gravidez não planeada seja fácil ou difícil, não se detecta influência na vinculação paterno-fetal.

Nas mulheres que tiveram relação conjugal anterior, se houve gravidez, a QVM reduz-se significativamente, em comparação com aquelas que não estiveram grávidas. No homem, tenha existido ou não gravidez em conjugalidade anterior, isso não influencia a vinculação pré-natal actual, quer no total quer nas dimensões.

Foram estudadas outras variáveis na mulher, que por não terem correspondência no homem, não são objecto de síntese, mas são analisadas na sequência da apresentação e análise dos resultados estatísticos que fazemos em seguida.

Variáveis maternas

As variáveis maternas estão agrupadas em sociodemográficas e em clínicas e é por essa ordem que prosseguimos a explanação das suas relações com a vinculação pré-natal, total e dimensões. No Apêndice A4-1.1. e A4-1.2., Quadros 1 a 21 podem ser observados os resultados dos testes de diferenças de médias aplicados, estatisticamente não significativos. Os testes em que os resultados são estatisticamente significativos são apresentados ao longo deste texto.

A análise da diferença de médias da vinculação pré-natal entre as grávidas de diversos níveis etários obtida pelo teste ANOVA, conforme se pode observar no Quadro 54a e 54b, mostra diferenças significativas na QVM ($F_{(3, 403)} = 2.65, p = .048, \eta^2 p = .02, P = 0.65$), na IPM ($F_{(3, 403)} = 6.75, p = .000, \eta^2 p = .05, P = 0.98$) e na VPNM-total ($F_{(3, 403)} = 5.59, p = .001, \eta^2 p = .04, P = .94$). Os valores médios são mais elevados nas mulheres mais novas. O teste *pos-hoc* de Bonferroni apontou para a existência de diferenças significativas na IPM, entre o grupo etário dos 18 aos 25 anos e o grupo dos 31 aos 35 anos, e entre o grupo etário dos 26 aos 30 anos e o grupo dos 31 aos 35 anos ($p = .000$ e $p = .002$, respectivamente), e na VPNM total, as diferenças encontraram-se entre os mesmos grupos (com $p = .024$ e $p = .003$, respectivamente). Em ambos os casos, as médias da vinculação são mais elevadas nas mulheres mais novas. A QVM apresenta significância marginal no teste *pos-hoc* de Bonferroni ($p = .091$) entre o grupo etário dos 26 a 30 e o grupo dos 31 a 35 anos, com tendência para que sejam, também neste caso, as mulheres mais novas a mostrarem médias mais elevadas na QVM. Ainda, devemos referir o baixo poder do teste na dimensão QVM levando-nos a relativizar a significância estatística apresentada.

Estes resultados são reforçados através do estudo da correlação entre a idade (em anos) e a vinculação pré-natal¹⁸. Conclui-se que a VPNM total, a QVM e a IPM são tanto mais elevadas quanto mais novas são as mulheres grávidas. Porém, no que se refere à

¹⁸ Adicionalmente, aplicou-se o teste de correlação de *Pearson* entre a idade em anos e a vinculação pré-natal que mostrou que a idade das mulheres se correlaciona negativa e significativamente com a VPNM total ($r = -.17, p = .001$) e com a IPM ($r = -.20, p = .000$), o que indica que as mulheres mais novas apresentam níveis superiores de vinculação. No caso da relação entre a idade da mulher e a QVM ($r = -.06, p = .202$), esta é inversa mas não significativa.

QVM, a correlação desta com a idade, sendo inversa, não é significativa, o que pode indicar que a QVM é menos sensível à variação da idade materna do que a VPNM total ou a IPM.

Quadro 54a. Comparação de médias, com o teste de ANOVA, da vinculação pré-natal materna segundo a idade das mulheres por faixas etárias

<i>EVPN M</i>	<i>Idade Classes</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>Média dos quadrados</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p	<i>P</i>
QVM	18-25	83	90.81	9.80						
	26-30	148	92.38	8.27	3	196.08	2.65	.048	.02	.65
	31-35	130	89.86	7.92	403	73.97				
	36-40	46	89.27	9.19						
IPM	18-25	83	72.33	13.93						
	26-30	148	70.90	14.39	3	1301.59	6.75	.000	.05	.98
	31-35	130	64.95	12.73	403	192.92				
	36-40	46	66.30	15.30						
EVPNM total	18-25	83	82.19	10.61						
	26-30	148	82.35	9.86	3	529.08	5.59	.001	.04	.94
	31-35	130	78.23	8.56	403	94.50				
	36-40	46	78.55	10.71						

Quadro 54b. Teste pos-hoc de Bonferroni para comparação de médias da vinculação pré-natal materna e dimensões conforme as faixas etárias

<i>EVPNM</i>	<i>Idade (classes)</i>		<i>Diferença de Médias</i>	<i>p</i>
IPM	18-25	31-35	7.39	.001
	26-30	31-35	5.95	.002
QVM	26-30	31-35	2.52	.091
EVPNM-T	18-25	31-35	3.96	.024
	26-30	31-35	4.12	.003

Ao analisar o estado civil ou estatuto conjugal das grávidas (casadas ou a viver em união de facto) verificamos que este não influencia a vinculação ao feto, nem no total nem nas dimensões (VPNM total, $t_{(152.36)} = -0.19$, $p = .853$; QVM, $t_{(145.69)} = 1.24$, $p = .216$; IPM, $t_{(405)} = -1.28$, $p = .200$).

A escolaridade, analisada por categorias (Graffar, 1956), não influencia a QVM ($F_{(3, 403)} = 0.76$, $p = .518$), a IPM ($F_{(3, 403)} = 2.54$, $p = .056$) e a VPNM total ($F_{(3, 403)} = 0.58$, $p = .628$). No entanto, salientamos o nível de significância marginal encontrado nas diferenças de médias da IPM, cujo teste pos-hoc de Bonferroni indica situar-se, tendencialmente, entre as categorias 1 e 3, também neste caso com significância marginal ($p = .054$). Verifica-se a tendência para que as mulheres com menor escolaridade (categoria 3) tenham maior IPM. Os resultados obtidos pelo teste ANOVA de diferença de médias estão em conformidade com os resultados obtidos pelo estudo da correlação entre os anos

de escolaridade e a vinculação pré-natal¹⁹, uma vez que a correlação da IPM com os anos de escolaridade é significativa, ao contrário daquilo que se observa nas restantes dimensões.

Para analisar a diferença de médias na vinculação pré-natal materna conforme as categorias profissionais, foi necessário agrupar a categoria profissional 2 com a categoria 1 (ambas muito diferenciadas), uma vez que o número de casos naquela categoria era muito reduzido ($n = 12$) e não permitia a utilização do teste ANOVA. Verificou-se que a profissão desempenhada pelas mulheres não exerce influência na VPNM total ($F_{(3, 403)} = 0.54, p = .655$), na QVM ($F_{(3, 403)} = 1.69, p = .168$) ou na IPM ($F_{(3, 403)} = 1.86, p = .135$).

O tipo de estatuto ocupacional e a sua influência na vinculação materna ao feto foi testada com a ANOVA depois de se proceder ao agrupamento de casos, necessário para a sua realização. Consideraram-se três categorias: 1 - vínculo e trabalho por conta própria; 2 - contrato de trabalho e trabalho temporário; 3 - situação de desemprego. Verificou-se que o tipo de estatuto ocupacional da mulher não influencia significativamente a VPNM total ($F_{(2, 390)} = 0.26, p = .769$), a QVM, ($F_{(2, 390)} = 0.15, p = .865$) e a IPM ($F_{(2, 390)} = 0.49, p = .616$).

Os rendimentos pessoais, quer sejam obtidos, por um lado, por salário mensal ou, por outro lado, por subsídios ou pensões, salário quinzenal ou diário, honorários de profissão liberal ou rendimentos pessoais/familiares, não influenciam a VPNM-total ($t_{(405)} = -0.13, p = .90$), a QVM ($t_{(405)} = 0.21, p = .834$) ou a IPM ($t_{(405)} = -0.34, p = .733$). Como se observa, procedeu-se ao agrupamento das fontes de rendimento em duas categorias, dado o número reduzido de casos encontrados em cada célula, para, em seguida, realizar o teste t de Student para diferença de médias entre amostras independentes.

O tipo de habitação, apartamento ou moradia (nestas incluídas as moradias antigas), tem influência na QVM ($t_{(405)} = 2.32, p = .021$), mas não na IPM ($t_{(405)} = -0.26, p = .792$) ou na VPNM total ($t_{(405)} = 0.90, p = .369$). Estes resultados são visíveis no Quadro 55, que se encontra abaixo. As mulheres que habitam em apartamentos têm, em média, níveis mais elevados de QVM do que as que habitam moradias. Este é um resultado interessante na medida em que a habitação em apartamentos consubstancia a emergência da família

¹⁹ Conhecido que é o número de anos de escolaridade das mulheres, enriquecemos esta análise com a associação destes com a vinculação pré-natal, através do teste de correlação de *Pearson*. A correlação é baixa, negativa e estatisticamente significativa com a IPM ($r = -.13, p = .007$), reforçando os resultados anteriores que apontam para maior intensidade da preocupação com o feto nas mulheres que concluíram menos anos de escolaridade. No que diz respeito à VPNM total e à QVM, a correlação é inversa mas fraca e não significativa ($r = -.07, p = .184$ e $r = .05, p = .329$, respectivamente).

nuclear, em detrimento da família alargada, como se a célula familiar, promotora da qualidade do vínculo com o descendente, aqui se encontrasse.

Quadro 55. Teste *t* de Student de diferença de médias da vinculação pré-natal da mulher segundo o tipo de habitação

<i>EVPNM</i>	<i>Habitação</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
QVM	Apartamento	166	92.09	8.04	405	2.32	.021
	Moradia	241	90.08	8.98			
IPM	Apartamento	166	68.55	15.12	405	-0.26	.792
	Moradia	241	68.92	13.53			
EVPNM total	Apartamento	166	81.10	10.09	405	0.90	.369
	moradia	241	80.21	9.76			

A constituição do agregado familiar foi também analisada. Quando este é constituído pelos elementos do casal, pelo casal e um descendente ou pelo casal com descendentes e/ou ascendentes, isso não influencia a VPNM total ($F_{(2, 404)} = 2.56, p = .079$), a QVM ($F_{(2, 404)} = 1.65, p = .193$) e a IPM ($F_{(2, 404)} = 2.36, p = .096$). Note-se, que as significâncias marginais observadas, que apontariam para a possível existência de diferenças significativas entre os grupos, não são confirmadas pelo teste pos-hoc de Bonferroni.

O estatuto socioeconómico da mulher (Graffar, 1956), considerando 3 categorias (a categoria 4, com $n = 23$, foi agrupada com a categoria 3), influencia a QVM, que apresenta diferenças de médias estatisticamente significativas, conforme é apresentado pelo teste Brown-Forsythe ($B-F_{(2, 378.79)} = 3.48, p = .032$). O teste pos-hoc de Bonferroni demonstrou que a diferença se situa entre os grupos 2 e 3, com significância marginal ($p = .07$), em que a QVM é superior nas mulheres de nível socioeconómico mais elevado (nível 2). O estatuto socioeconómico não influencia a VPNM total ao feto nem a IPM ($F_{(2, 404)} = 0.62, p = .539$ e $F_{(2, 404)} = 1.39, p = .251$, respectivamente).

O estatuto socioeconómico do casal, tal como observável no Quadro 56a, abaixo colocado, tem efeito na IPM ($F_{(2, 398)} = 3.46, p = .032, \eta^2 p = .02, P = .65$). O teste pos-hoc de Bonferroni mostrou que as diferenças se situam entre os níveis 1 e 2 ($p = .038$) e entre os níveis 1 e 3 ($p = .038$), com valores mais baixos, em média, no primeiro nível (Quadro 56b), o que indica que quanto mais elevado o nível socioeconómico, menor a intensidade de preocupação com o feto ou menor o tempo despendido no modo de vinculação ao feto. Contudo, o poder do teste é baixo.

Não se encontraram diferenças significativas entre o estatuto socioeconómico do casal e a QVM ($F_{(2, 398)} = 2.86, p = .058$) e entre aquele e a VPNM total ($F_{(2, 398)} = 1.09, p = .336$). A significância marginal na QVM aponta para que a diferença se situe tendencialmente entre os níveis 2 e 3 (teste de Bonferroni, $p = .095$), com média superior no nível socioeconómico mais elevado.

Quadro 56a. Comparação de médias, com o teste de ANOVA, da vinculação pré-natal materna e o estatuto socioeconómico do casal (ESE)

<i>EVPNM</i>	<i>ESE casal</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2 p$	<i>P</i>
QVM	Categoria1	36	92.36	7.03	2	2.86	.058	.01	.56
	Categoria2	258	91.42	8.25	398				
	Categoria3	107	89.28	9.94					
IPM	Categoria1	36	63.00	14.96	2	3.46	.032	.02	.65
	Categoria2	258	69.28	14.15	398				
	Categoria3	107	69.83	13.80					
EVPNM total	Categoria1	36	78.66	9.85	2	1.09	.336	.01	.24
	Categoria2	258	81.09	9.77	398				
	Categoria3	107	80.20	10.28					

Quadro 56b. Teste pos-hoc de Bonferroni de comparação de médias da IPM e da QVM segundo o estatuto socioeconómico do casal

<i>EVPNM</i>	<i>ESE CASAL</i>		<i>Diferença de Médias</i>	<i>p</i>
IPM	1	2	6,29	.038
	1	3	6,83	.038
QVM	2	3	2.14	.095

O distrito da região Centro do país onde vivem as grávidas não tem efeito na VPNM total ($F_{(3, 403)} = 0.16, p = .921$), nem na QVM ($F_{(3, 403)} = 0.54, p = .633$) ou a IPM ($F_{(3, 403)} = 0.23, p = .876$). Do mesmo modo, a instituição de saúde que a grávida frequenta durante a gravidez, centro de saúde ou maternidade, não exerce influência sobre a QVM ($t_{(399)} = .97, p = .333$), a IPM ($t_{(399)} = 1.76, p = .079$) nem a VPNM total ($t_{(399)} = 1.63, p = .104$). Nesta variável, foram excluídos da análise 6 casos de grávidas vigiadas em clínicas privadas, pelo seu número reduzido e pela possível diferenciação nos cuidados.

Quanto às variáveis clínicas, a vinculação pré-natal é diferente nas mulheres que planearam a gravidez quando comparadas com as mulheres que não fizeram esse planeamento. Essas diferenças encontram-se na VPNM total e nas duas dimensões (VPNM total, $t_{(405)} = 3.46, p = .001$; QVM, $t_{(126.11)} = 3.78, p = .000$ e IPM, $t_{(405)} = 2.11, p = .035$),

como se pode observar no Quadro 57. As médias mais elevadas na vinculação observaram-se nos casos em que a gravidez foi planeada.

Quadro 57. Teste *t* de Student de diferença de médias da vinculação pré-natal materna conforme o planeamento da gravidez pela mulher

<i>EVPNM</i>	<i>Planeamento</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
QVM	Sim	313	91.91	7.80	126.11	3.78	.000
	Não	94	87.53	10.39			
IPM	Sim	313	69.58	13.94	405	2.11	.035
	Não	94	66.07	14.72			
EVPNM total	Sim	313	81.49	9.36	405	3.46	.001
	Não	94	77.52	10.98			

Teste Levene para QVM = 11.56, *p* = .001

As mulheres que não planearam a gravidez mas a aceitaram com facilidade mostram níveis médios de VPNM total e dimensões, mais elevados do que as mulheres que referiram ter tido dificuldade em aceitar a gravidez (cf. Quadro 58). Essas diferenças são significativas na QVM ($t_{(40.13)} = 2.92, p = .006$) e na VPNM total ($t_{(91)} = 2.84, p = .006$). A dimensão IPM não varia consoante o modo de aceitação da gravidez ($t_{(91)} = 1.92, p = .058$), embora a significância marginal encontrada indique que a IPM será tendencialmente superior nas mulheres que tiveram uma aceitação fácil da gravidez não planeada, o que vai ao encontro dos resultados obtidos nas outras duas medidas da vinculação.

Quadro 58. Teste *t* de Student de diferença de médias da vinculação pré-natal materna segundo a aceitação, pela mulher, da gravidez não planeada

<i>EVPNM</i>	<i>Aceitação</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
QVM	facilmente	66	89.87	8.84	40.130	2.92	.006
	difícilmente	27	82.87	11.11			
IPM	facilmente	66	68.18	14.50	91	1.92	.058
	difícilmente	27	61.91	13.87			
EVPNM total	facilmente	66	79.75	10.11	91	2.84	.006
	difícilmente	27	73.09	10.68			

Teste Levene: QVM, *F* = 5.47, *p* = .021

A vinculação materno-fetal nas mulheres que não planearam a gravidez não depende da opinião que elas têm acerca do modo de aceitação da gravidez por parte dos seus maridos/companheiros (QVM, $t_{(92)} = 0.18, p = .856$; IPM, $t_{(92)} = -1.34, p = .184$ e

VPNM total, $t_{(92)} = -0.74, p = .462$). Foi excluído um caso de não-aceitação da gravidez pelo marido no momento actual.

Ainda, no que diz respeito à análise dos resultados referentes ao não planeamento da gravidez por parte das grávidas, as diferenças de médias entre as que consideram não ser esta uma boa altura para estar grávida e aquelas que apesar de não terem planeado a gravidez manifestam contentamento com a mesma, são estatisticamente significativas e os níveis de QVM são mais elevados, em média, nas que estão contentes com a gravidez ($t_{(84.84)} = 2.50, p = .014$). A VPNM-total, embora não apresente diferenças significativas, apresenta significância marginal ($t_{(92)} = 1.91, p = .06$), expressando a tendência para que existam médias mais elevadas de vinculação ao feto quando o bebé é bem-vindo nesta altura da vida. A IPM, nos dois grupos referidos, não apresenta diferenças de média significativas ($t_{(92)} = 1.03, p = .307$). Estes resultados encontram-se no Quadro 59.

Quadro 59. Diferença de médias, com o teste t de Student, da vinculação pré-natal materna consoante a existência de razões para o surgimento de gravidez não planeada

<i>EVPNM</i>	<i>Razões</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
QVM	Não	49	90.05	9.04	84.841	2.50	.014
	Sim	45	84.79	11.14			
IPM	Não	49	67.57	14.83	92	1.03	.307
	Sim	45	64.44	14.59			
EVPNM total	Não	49	79.56	10.28	92	1.91	.060
	Sim	45	75.30	11.40			

Teste Levene para QVM, $F = 4.746, p = .032$

As razões referidas pelas grávidas que consideraram não ser esta a melhor altura para a gravidez dividem-se em dois grupos: as financeiras e as interferências com outros projectos. Estas categorias decorreram do agrupamento das categorias inicialmente propostas para possibilitar a aplicação do teste t de Student com um número suficiente de casos. Não há diferenças significativas entre os níveis de vinculação dos grupos em causa, quer se trate da vinculação pré-natal total ($t_{(43)} = 1.21, p = .233$), da QVM ($t_{(41.47)} = 1.57, p = .124$) ou da IPM ($t_{(43)} = -.67, p = .51$).

A dificuldade em engravidar, aspecto complicado para a mulher que tem um projecto de maternidade definido no seu projecto de vida, não tem efeito na vinculação materno-fetal na gravidez em curso. Quer a QVM quer a IPM não apresentam diferenças estatísticas significativas entre os dois grupos (respectivamente, $t_{(150.82)} = 1.56, p = .117$ e $t_{(405)} = -1.53, p = .127$). A VPNM total, embora não mostre diferenças significativas, tem um

nível de significância marginal ($t_{(405)} = 1.65, p = .099$), apontando a tendência para níveis superiores de vinculação nas mulheres que referiram dificuldade em ficar grávidas.

O tempo decorrido desde a decisão de ficar grávida até que esta se consumasse, nas mulheres que tiveram dificuldade em engravidar (menor que seis meses, entre seis meses a um ano, de um a dois anos, ou superior a dois anos), não exerceu influência na vinculação que estabeleceram com o feto (VPNM total, $F_{(3, 76)} = 0.82, p = .488$; QVM, $F_{(3, 76)} = 0.14, p = .935$ e IPM, $F_{(3, 76)} = 1.09, p = .361$). Ter consultado um médico especialista devido à situação, ou não o ter feito, não tem efeito na vinculação materno-fetal entre estas mulheres (VPNM total, $t_{(78)} = -0.12, p = .99$; QVM, $t_{(78)} = 0.23, p = .819$ e IPM, $t_{(78)} = -0.16, p = .874$).

As grávidas que tiveram gravidezes anteriores sem doenças têm uma média de QVM mais elevada na gestação actual do que aquelas que tiveram doenças nas gravidezes anteriores (cf. Quadro 60.). A diferença é estatisticamente significativa ($t_{(194)} = -2.36, p = .019$). A IPM não é influenciada pela existência, ou não, de doenças em gravidez anterior ($p = .354$) e a VPNM total não tem uma significância estatística significativa mas tem significância marginal ($p = .081$) que deve ser tida em conta.

Quadro 60. Teste *t* de Student, de diferença de médias, da vinculação pré-natal materna conforme a existência de doenças em gravidezes anteriores

<i>EVPNM</i>	<i>Doenças</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
QVM	Não	161	90.55	8.24	194	2.36	.019
	Sim	35	86.70	10.78			
IPM	Não	161	67.24	14.13	194	0.93	.354
	Sim	35	64.80	13.94			
EVPNM total	Não	161	79.67	9.49	194	1.75	.081
	Sim	35	76.48	10.97			

Entre as mulheres que tiveram doenças na gestação anterior, algumas foram internadas. O internamento não influenciou a vinculação ao feto na gestação actual (VPNM total, $t_{(194)} = -0.73, p = .464$; QVM, $t_{(194)} = 0.01, p = .99$ e IPM, $t_{(194)} = -1.11, p = .270$).

As mulheres que experienciaram casamento/coabitação anterior, não se diferenciam daquelas que estão na primeira relação conjugal no que se refere à vinculação pré-natal, na QVM ($t_{(42.80)} = 0.95, p = .347$), na IPM ($t_{(405)} = 0.17, p = .867$) e na VPNM total ($t_{(405)} = 0.66, p = .507$). No entanto, se nessa união/relação houve gravidez(es), a QVM decresce na gravidez actual, em comparação com as mulheres que não engravidaram nessa situação ($t_{(37)} = 2.40, p = .02$). A IPM e a VPNM total não diferem significativamente tenham existido, ou não, gravidezes em uniões anteriores, conforme se observa no Quadro 61.

Quadro 61. Teste *t* de Student de diferença de médias da vinculação pré-natal na mulher consoante a existência de gravidez em casamento ou coabitação anterior

<i>EVPNM</i>	<i>Gravidez</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
QVM	Não	12	95.31	4.11	35.609	3.31	.002
	Sim	27	86.69	12.06			
IPM	Não	12	69.64	11.75	37	0.39	.698
	Sim	27	67.86	13.69			
EVPNM total	Não	12	83.33	7.35	37	1.48	.147
	Sim	27	77.90	11.66			

Teste Levenne para QVM 9.71, $p = .004$

Na análise do consumo de bebidas alcoólicas, não é aceitável inferir sobre o seu efeito na vinculação pré-natal porque nenhuma grávida consome estas bebidas regularmente e apenas 28 grávidas dizem consumi-las ocasionalmente durante a gestação, o que é um número muito reduzido (inferior a 10% da amostra total) para a aplicação rigorosa do teste estatístico, neste caso, *t* de Student. A tendência é, no entanto, para que a QVM seja inferior nas mulheres que consomem ocasionalmente quando comparadas com aquelas que nunca o fazem ($t_{(403)} = -2.02, p = .044$). Na IPM e na VPNM total não se observaram diferenças significativas ($t_{(403)} = .73, p = .465$ e $t_{(403)} = -.45, p = .653$, respectivamente).

Uma vez que há variáveis cujo nível permite apenas a correlação e os seus resultados são interessantes, excepcionalmente, apresentamos e analisamos esses resultados, fora das notas de rodapé, no que se refere ao número de semanas de gestação, aumento de peso na gravidez, número de gravidezes anteriores, número de interrupções de gravidez e número de filhos.

O número de semanas de gestação das grávidas correlaciona-se baixa, positiva e significativamente com a QVM ($r = .11, p = .025$) e com a VPNM total ($r = .10, p = .048$). Quanto maior a idade gestacional, mais elevada é a qualidade da vinculação materna e a vinculação pré-natal total, mas a correlação com a IPM não tem significado estatístico ($r = .07, p = .165$). O aumento de peso na gravidez está positiva e significativamente correlacionado com a VPNM total ($r = .13, p = .011$), com a QVM ($r = .10, p = .043$) e com a IPM ($r = .12, p = .018$). Estas variáveis têm, provavelmente, efeito uma sobre a outra, uma vez que é normal que o aumento de peso e o aumento da idade gestacional estejam em relação.

O número de gravidezes anteriores está correlacionado negativa e significativamente com a VPNM total ($r = -.12, p = .016$), com a QVM ($r = -.11, p = .027$) e com a IPM ($r = -.10, p = .039$). A vinculação materno-fetal global e as suas dimensões diminuem com o aumento do número de gravidezes anteriores. O número de interrupções

da gravidez está correlacionado negativa e significativamente com a QVM ($r = -.25, p = .029$), mas não exerce influência na IPM ($r = .06, p = .641$) nem na VPNM total ($r = -.09, p = .474$). A QVM é mais elevada quanto menos interrupções de gravidez a mulher já sofreu.

O número de filhos correlaciona-se negativamente, mas sem significado estatístico, com a vinculação da mãe ao feto embora a IPM e a VPNM total apresentem significância marginal (QVM, $r = -.07, p = .187$; IPM, $r = -.90, p = .082$ e VPNM total, $r = -.09, p = .075$).

Para terminar, analisam-se os resultados obtidos pelo estudo de dois comportamentos aditivos nas grávidas. Verificamos que, nas grávidas fumadoras, a correlação não é significativa entre o número de cigarros fumados por dia e a qualidade da vinculação ao feto ($r = -.05, p = .848$), assim como não são significativas as correlações estabelecidas entre o número de cigarros fumados e a IPM ($r = .10, p = .674$) e a VPNM total ($r = .05, p = .846$).

Variáveis paternas

Os resultados das análises efectuadas relativamente a esta variável que não se encontrem abaixo apresentados podem ser lidos no Apêndice A4-1.3. e A4-1.4., Quadros 22 a 35). Ao analisar as diferenças entre as médias da vinculação paterna cf. a idade, nas diferentes faixas etárias, e como se observa através do Quadro 62, abaixo apresentado, verifica-se que as diferenças encontram-se na IPP ($F_{(4, 402)} = 2.58, p = .037, \eta^2 p = .03, P = .73$), sendo superior, em média, nos homens mais novos (embora o poder do teste seja baixo). Essas diferenças situam-se entre os homens do grupo dos 18 aos 25 anos e os do grupo dos 41 aos 55 anos, (com $p = .043$ no teste pos-hoc de Bonferroni). Não há diferenças significativas relativamente à QVP nem à VPNP-total.

Quadro 62. Teste de ANOVA para comparação de médias da vinculação pré-natal nos homens segundo a idade por faixas etárias

<i>EVPNP</i>	<i>Idade (classes)</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2 p$	<i>P</i>
QVP	18-25	54	86.47	10.24	4	0.60	.662	.01	.20
	26-30	114	84.99	11.13					
	31-35	153	85.06	11.10					
	36-40	58	84.39	9.97					
	41-55	28	82.64	14.08					
IPP	18-25	54	62.11	15.58	4	2.58	.037	.03	.73
	26-30	114	55.85	17.90					
	31-35	153	56.55	18.95					
	36-40	58	53.81	16.67					
	41-55	28	50.30	15.04					
EVPNPT	18-25	54	76.73	11.18	4	1.87	.115	.02	.57
	26-30	114	73.33	12.56					
	31-35	153	73.66	12.45					
	36-40	58	72.16	10.16					
	41-55	28	69.70	12.40					

Teste pos-hoc de Bonferroni, $p = .043$ entre os grupos 18-25 e 41-45 anos com diferença de médias de 11.82

Relativamente à IPP e à QVM (mas não à VPNT), os resultados são reforçados pelos obtidos nos testes de correlação efectuados²⁰.

O estado civil não tem influência na VPNT total ($t_{(405)} = -1,14, p = .254$), na QVP ($t_{(405)} = -.19, p = .852$) e na IPP ($t_{(405)} = -1.77, p = .078$). Neste último caso, a significância é marginal, sugerindo, de acordo com as médias obtidas, tendência para maior IPP com o feto nos homens que vivem em união de facto.

A análise das diferenças de médias da vinculação pré-natal paterna e das suas dimensões consoante a escolaridade dos homens, analisada por categorias (Graffar, 1956) e testadas com a ANOVA, mostra que não se verificam diferenças na QVP ($F_{(3, 402)} = 0.28, p = .843$), na IPP ($F_{(3, 402)} = 1.28, p = .279$) e na VPNT total ($F_{(3, 402)} = 0.61, p = .612$). A correlação entre os anos de escolaridade e a vinculação pré-natal reforça os resultados encontrados²¹.

Para análise através da ANOVA, das diferenças de médias na vinculação pré-natal paterna e suas dimensões de acordo com a categoria profissional dos homens que vão ser pais, foram agrupadas as categorias 1 e 2 (na categoria 2, $n = 27$), à semelhança do que

²⁰ Tal como para a amostra de mulheres atrás analisada, realizou-se, adicionalmente, o teste de correlação de Pearson entre os anos de idade do homem e a vinculação pré-natal paterna e observou-se que a correlação é negativa, fraca e significativa com a VPNT total ($r = -.12, p = .019$) e com a IPP ($r = -.14, p = .005$) e não significativa com a QVP ($r = -.06, p = .207$).

²¹ A correlação entre os anos de escolaridade e a vinculação pré-natal paterna mostra uma correlação fraca e não significativa entre a idade e: a VPNT total ($r = -.01, p = .894$), a QVP ($r = .04, p = .471$) e a IPP ($r = -.05, p = .37$).

aconteceu com a amostra feminina, e agruparam-se também as categorias 4 e 5 (na categoria 5, $n = 9$). Verificou-se que a categoria profissional não tem efeito sobre a VPNP total ($F_{(2, 403)} = 0.85, p = .430$), nem sobre as suas dimensões QVP ($F_{(2, 403)} = 0.41, p = .661$) e IPP ($F_{(2, 403)} = 1.44, p = .228$), possibilitando afirmar que a vinculação dos pais ao feto é independente da categoria profissional a que pertence.

O tipo de estatuto ocupacional nos homens em estudo foi agrupado em duas categorias (tal como na amostra feminina). A primeira contempla os que têm vínculo no emprego ou que trabalham por conta própria e a segunda inclui os que têm contratos de trabalho ou trabalhos temporários. Há 4 casos de desemprego que foram excluídos da análise. As médias da vinculação paterno-fetal, total e dimensões, são mais elevadas nos homens que têm um estatuto ocupacional contratual (contratos de trabalho ou trabalho temporário), mas a diferença de médias, conforme se pode observar no Quadro 63, é significativa apenas no que diz respeito à QVP ($t_{(396)} = 2.22, p = .027$), não havendo influência do estatuto ocupacional na IPP ($p = .223$), nem na VPNP total ($p = .054$). Neste caso, a significância é marginal o que leva a considerar a tendência para um maior vínculo pré-natal ao feto no caso dos homens com estatuto ocupacional menos seguro.

Quadro 63. Teste *t* de Student para comparação de médias da vinculação pré-natal paterna conforme o estatuto ocupacional do homem

<i>EVPNP</i>	<i>Estatuto ocupacional</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
QVP	Vínculo + conta própria	327	84.59	11.15	396	2.22	.027
	Contrato de trabalho + trabalho temporário	71	87.78	10.05			
IPP	Vínculo + conta própria	327	55.62	17.92	396	1.22	.223
	Contrato de trabalho + trabalho temporário	71	58.48	17.70			
EVPNP total	Vínculo + conta própria	327	73.00	12.23	396	1.93	.054
	Contrato de trabalho + trabalho temporário	71	76.06	11.49			

Quanto à fonte de rendimentos, quer esta seja o salário mensal ou outra (subsídios ou pensões, salário quinzenal ou diário, honorários ou rendimentos) e embora as médias sejam superiores nos homens que recebem salário mensal, não há diferenças estatisticamente significativas na QVP ($t_{(403)} = 1.65, p = .100$), na IPP ($t_{(403)} = 1.27, p = .204$) ou na VPNP total ($t_{(403)} = 1.66, p = .099$). Nesta última, a significância marginal observada indica, contudo, a tendência para existirem diferenças entre os grupos no sentido do aumento da vinculação quando a fonte de rendimentos é o salário mensal.

O tipo de habitação, apartamento ou moradia (incluídas nestas as casas antigas, tal como na amostra feminina), apesar de os valores médios da vinculação serem mais elevados nos homens que moram em apartamentos, não influencia a QVP ($t_{(405)} = 1.17, p = .243$), a IPP ($t_{(403)} = 1.41, p = .159$) ou a VPNP total ($t_{(403)} = 1.48, p = .141$), ao contrário do que acontece com as mulheres.

O agregado familiar do casal, testado com a ANOVA, influencia a IPP ($F_{(2, 404)} = 4.99, p = .007$). Como se verifica no Quadro 64, esta é superior, em média, nos homens que habitam com a mulher/companheira (grupo 1 – cônjuges), quando comparados com aqueles que têm um descendente (grupo 2 - cônjuges e um descendente) e essa diferença é significativa, conforme se verifica nos resultados do teste pos-hoc de Bonferroni ($p = .005$). A QVP e a VPNP total não são influenciadas pela constituição do agregado familiar ($p = .628$ e $p = .231$, respectivamente).

Quadro 64. Comparação de médias, com o teste de ANOVA, da vinculação pré-natal paterna, conforme o agregado familiar

<i>EVPNP</i>	<i>Agregado familiar</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2 p$	<i>P</i>
QVP	Cônjuge/companheiro	225	84.61	11.24					
	Cônjuge/comp.+um descendente	123	85.05	10.55	2				
	Cônjuge/comp.+2 descendentes e/ou ascendentes	59	86.16	11.45	404	0.47	.628	.01	.126
IPP*	Cônjuge/companheiro	225	58.50	16.33					
	Cônjuge/comp.+um descendente	123	52.25	19.01	2				
	Cônjuge/comp.+2 descendentes e/ou ascendentes	59	56.14	19.43	404	4.99	.007*	.03	.81
EVPNP total	Cônjuge/companheiro	225	74.16	11.57					
	Cônjuge/comp.+um descendente	123	71.93	12.25	2				
	Cônjuge/comp.+2 descendentes e/ou ascendentes	59	74.15	13.40	404	1.47	.231	.01	.31

*Na IPP, com o teste pos-hoc de Bonferroni, verificamos que as diferenças situam-se entre os grupos 1 (cônjuges) e 2 (cônjuges e um descendente), com $p = .005$.

O estatuto socioeconómico do homem que vai ser pai não influencia a sua VPNP total ao feto ($F_{(2, 398)} = 0.52, p = .593$), nem as dimensões QVP ($F_{(2, 398)} = 0.58, p = .558$) e IPP ($F_{(2, 398)} = 1.97, p = .141$). A categoria 4 foi agrupada com a categoria 3 por aquela ter apenas 2 casos.

O Quadro 65 indica a influência do estatuto socioeconómico do casal na vinculação pré-natal paterna. Verificamos que a IPP mostra diferenças significativas conforme o

estatuto referido ($F_{(2, 398)} = 4.65, p = .010$), estando essas diferenças de médias, de acordo com o teste pos-hoc de Bonferroni, situadas entre as categorias 2 e 3, com níveis médios mais elevados nos homens da categoria 3 ($p = .011$), ou seja, de menores recursos. Embora as médias sejam mais elevadas na categoria 1 para a QVP e na categoria 3 para a VPNP total, não existem diferenças com significado estatístico ($p = .681$ e $p = .107$, respectivamente).

Quadro 65. Teste de ANOVA para comparação de médias da vinculação pré-natal paterna conforme o estatuto socioeconómico do casal

<i>EVPNP</i>	<i>ESE do casal</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>Média quadrados</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>η²p</i>	<i>P</i>
QVP	Categoria 1	36	85.85	9.86	2 398	47.55	0.38	.681	.002	.11
	Categoria 2	258	84.60	10.70		123.82				
	Categoria 3	107	85.51	12.46						
IPP	Categoria 1	36	53.88	18.43	2 398	1449.94	4.65	.010	.02	.78
	Categoria 2	258	54.72	17.96		312.11				
	Categoria 3	107	60.67	16.66						
EVPNP total	Categoria 1	36	73.06	11.71	2 398	328.22	2.24	.107	.01	.46
	Categoria 2	258	72.65	12.00		146.32				
	Categoria 3	107	75.58	12.45						

Teste *pos-hoc* de *Bonferroni* entre o estatuto socioeconómico do casal e a IPP, entre as classes 2 e 3, $p = .011$.

Quanto às variáveis clínicas, cujos resultados se podem observar no Quadro 66, os homens que planearam a gravidez diferenciam-se estatisticamente, e com médias mais elevadas, daqueles que não a planearam na QVP ($t_{(405)} = 2.16, p = .031$). A IPP e a VPNP total não são influenciadas pelo planeamento da gravidez ($p = .20$ e $p = .052$, respectivamente). No caso da VPNP total, a significância marginal aponta para médias superiores nos pais que referem ter feito esse planeamento.

Quadro 66. Teste *t* de Student para diferença de médias na vinculação pré-natal paterna conforme o planeamento da gravidez

<i>EVPNP</i>	<i>Planeamento</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
QVP	Sim	311	85.62	10.58	405	2.16	.031
	Não	96	82.84	12.28			
IPP	Sim	311	56.90	17.91	405	1.28	.200
	Não	96	54.23	17.42			
EVPNP total	Sim	311	74.13	11.91	405	1.95	.052
	Não	96	71.40	12.39			

A aceitação, fácil ou difícil, da gravidez não planeada não leva à existência de diferenças significativas na VPNP total ($t_{(93)} = 1.01, p = .317$), nem nas suas dimensões

QVP ($t_{(93)} = 1.10, p = .274$) e IPP ($t_{(93)} = 0.62, p = .539$), embora as médias sejam superiores nos casos em que houve aceitação fácil da gravidez não planeada.

A referência, por parte dos homens que não planejaram a gravidez, a este período como boa ou má altura para a vinda de um bebé, tal como se vê no Quadro 67, mostrou que os pais que consideram não haver razões para esta não ser uma boa altura para a gravidez têm médias mais elevadas na QVP, com diferenças estatisticamente significativas ($t_{(94)} = 2.12, p = .036$). A IPP e a VPNP total não são influenciadas por esta perspectiva ($p = .601$ e $p = .354$, respectivamente).

Quadro 67. Teste *t* de Student para comparação de médias da vinculação pré-natal paterna consoante a existência de razões para o aparecimento da gravidez não planeada

<i>EVPNP</i>	<i>Razões</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
QVP	Não	62	84.95	12.89	31	2.12	.036
	Sim	35	79.52	10.48			
IPP	Não	62	53.87	17.83	31	-0.53	.601
	Sim	35	55.83	17.54			
EVPNP total	Não	62	72.51	12.93	31	0.93	.354
	Sim	35	70.05	11.79			

As razões invocadas para que seja uma má altura para esta gravidez, distinguidas entre financeiras e interferência com outros projectos (carreira, filhos, outros), mostraram que não há diferenças estatisticamente significativas na vinculação paterno-fetal e suas dimensões, entre os dois grupos (QVP, $t_{(31)} = 1.33, p = .178$; IPP, $t_{(31)} = 0.54, p = .556$ e VPNP total, $t_{(31)} = 1.03, p = .286$).

A dificuldade em engravidar não teve influência na vinculação dos homens ao feto, total e dimensões (VPNP total, $t_{(316)} = -0.82, p = .413$; QVP, $t_{(316)} = 1.00, p = .316$ e IPP, $t_{(316)} = -0.46, p = .649$), assim como o tempo que a mulher demorou a ficar grávida não exerceu influência na vinculação paterno-fetal e dimensões (VPNP total, $F_{(3, 79)} = 2.12, p = .105$; QVP, $F_{(3, 79)} = 1.49, p = .225$ e IPP, $F_{(3, 79)} = 2.15, p = .101$).

Adicionalmente, com o teste de correlação de Pearson, verificou-se que o tempo de gestação actual não está correlacionado com a VPNP, nem no total nem nas dimensões, (QVP, $r = .07, p = .086$; IPP, $r = .01, p = .409$ e VPNP total, $r = .04, p = .188$), o que não acontece nas mulheres.

Dos homens que referiram casamentos ou coabitações anteriores ao actual ter tido gravidezes, ou não, não influencia a vinculação pré-natal total ($t_{(30)} = 0.45, p = .654$), a QVP ($t_{(30)} = 0.10, p = .922$) ou a IPP ($t_{(30)} = 0.63, p = .533$).

Fazemos em seguida uma nova síntese, colocando a tónica na vinculação pré-natal, na qualidade da vinculação e na intensidade da preocupação. Nas mulheres, há diferenças significativas entre as médias da QVM nas seguintes variáveis: idade por faixas etárias (as mulheres mais novas têm níveis mais elevados na QVM); tipo de habitação (médias mais elevadas nas mulheres que moram em apartamentos); estatuto socioeconómico da mulher (a QVM aumenta nas mulheres com estatuto socioeconómico mais elevado); estatuto socioeconómico do casal (tendencialmente, é mais elevado nas mulheres com QVM mais elevada); planeamento da gravidez (QVM mais elevada quando a gravidez foi planeada); aceitação da gravidez não planeada (QVM superior quando houve aceitação da gravidez); existência de razões para que não seja boa época para vinda da gravidez não planeada (a QVM aumenta quando não existem essas razões); gravidez em união conjugal anterior (a sua existência diminui a QVM) e a presença de doenças em gravidez anterior (a QVM é superior se a gravidez anterior foi saudável). A QVM está correlacionada positivamente com a idade gestacional e com o aumento de peso e, negativamente, com o número de gravidezes anteriores e com o número de interrupções de gravidez.

A IPM é influenciada pelas variáveis que a seguir se descrevem: idade da mulher (sendo mais elevada nas mulheres mais novas); escolaridade (tendência para o aumento da IPM quanto menos escolarizadas forem as mulheres); estatuto socioeconómico conjugal (quanto mais desfavorável, maior a IPM); planeamento da gravidez (IPM mais elevada nas mulheres que planearam a gravidez); aceitação da gravidez não planeada (tendência para uma maior IPM quando a aceitação da gravidez foi fácil). A IPM está correlacionada positivamente com o aumento de peso e, negativamente, com o número de gravidezes anteriores.

A VPNM total é influenciada pela idade (mostrando-se superior nas mulheres mais novas), pelo planeamento da gravidez (superior nas que planearam a gravidez) e pela aceitação da gravidez não planeada (superior nas que a aceitaram). A VPNM total está correlacionada positivamente com as semanas de gestação e com o aumento de peso e, negativamente, com o número de gravidezes anteriores.

Nos homens, a QVP é influenciada pelas seguintes variáveis: estatuto ocupacional (mostrando-se a QVP superior nos que têm contratos precários de trabalho), planeamento

da gravidez (a QVP é superior naqueles que a planejaram) e existência de razões para não ser boa época para a vinda da gravidez não planejada (a QVP é superior nos que consideram não haver essas razões).

A IPP é influenciada pelas variáveis descritas em seguida. Idade (IPP é superior nos homens mais novos); agregado familiar (IPP é superior quando o agregado é constituído apenas pelo casal) e estatuto socioeconómico do casal (IPP superior nos homens com estatuto socioeconómico conjugal menos favorável).

A VPNP total não é influenciada pelas variáveis sociodemográficas mas a idade (em anos) está correlacionada negativamente com VPNP total. Quanto às variáveis clínicas, a VPNP total é, tendencialmente, influenciada pelo planeamento da gravidez, tornando-se mais elevada no caso das gravidezes planejadas.

Concluimos que a hipótese apenas se confirma parcialmente.

H₆ - As articulações da vinculação pré-natal com as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas em mulheres são diferentes das articulações observadas em homens.

Com esta hipótese, pretende-se encontrar um modelo explicativo da variância da vinculação pré-natal materna e da vinculação pré-natal paterna (e suas dimensões), em função de um conjunto de variáveis independentes sociodemográficas, clínicas e psicológicas, testando a hipótese enunciada e obtendo o modelo pretendido. Para tal, foi feito o estudo da regressão linear múltipla utilizando o método ENTER.

As variáveis dependentes femininas são a qualidade da vinculação materna (QVM), a intensidade da preocupação materna (IPM) e a vinculação pré-natal materna total (VPNM total). As variáveis independentes femininas são de tipo sociodemográfico (idade, anos de escolaridade e estatuto socioeconómico da mulher), clínicas (número de semanas de gravidez, número de gravidezes anteriores e número de nascimentos) e psicológicas (subescalas da EAGM - FI, ADGM, GFMCP, AMC, RPM, ICND; PSS; DASS nas suas dimensões depressão, ansiedade e stress; sintomas psicopatológicos do BSI - somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo e os três totais TSP, ISP, IGS;

EASAVIC nas suas dimensões funcionamento conjugal, amor, casal, próprio e o outro; IRP nos seus factores PA, CRAPPE, APS, CI/EP, ECE, ARMC).

Nos homens, consideramos variáveis dependentes, a qualidade da vinculação paterna (QVP), a intensidade da preocupação paterna (IPP) e a vinculação pré-natal paterna total (VNP total). As variáveis independentes são as sociodemográficas (idade, anos de escolaridade e estatuto socioeconómico), clínicas (número de semanas de gravidez da mulher, e número de filhos) e as psicológicas (PSS; DASS nas suas dimensões depressão, ansiedade e stress; sintomas psicopatológicos do BSI, somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo e os três totais TSP, ISP, IGS; EASAVIC nas suas dimensões funcionamento conjugal, amor, casal, próprio e outro; IRP nos seus factores, PA, CRAPPE, APS, CI/EP, ECE, ARMC). Os estudos foram efectuados, separadamente, para as mulheres e para os homens.

No estudo das variáveis maternas, seleccionamos sete conjuntos de variáveis independentes para explicar a variância da QVM, da IPM e da EVPNM total. No primeiro modelo introduzimos as variáveis sociodemográficas (idade, anos de escolaridade e estatuto socioeconómico da mulher), no segundo, as variáveis clínicas (número de semanas de gravidez, número de gravidezes anteriores e número de nascimentos), no terceiro modelo, admitimos as variáveis atitudinais (subescalas da EAGM - FI, ADGM, GFMCP, AMC, RPM, ICND), no quarto, as variáveis relativas aos estados emocionais negativos (PSS; DASS nas suas dimensões depressão, ansiedade e stress), no quinto modelo foram inseridas as variáveis relativas aos sintomas psicopatológicos (somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo e os três totais TSP, ISP, IGS), no sexto, as variáveis de satisfação conjugal (funcionamento conjugal, amor, casal, próprio e o outro) e, finalmente, no sétimo modelo, temos os factores do coping (PA, CRAPPE, APS, CI/EP, ECE, ARMC).

O estudo da regressão linear múltipla, utilizando a qualidade da vinculação materna (QVM) enquanto variável dependente, permitiu afirmar que 34.1% da variância da QVM é explicada pelas variáveis independentes consideradas no seu conjunto. A passagem do segundo para o terceiro modelo (acréscimo das variáveis atitudinais às variáveis sociodemográficas e clínicas) traz um ganho muito significativo na explicação da variância, assim como a passagem do terceiro para o quarto, com a inclusão das variáveis relativas aos estados emocionais negativos. Os sintomas psicopatológicos e os factores do coping não

contribuem significativamente para a alteração na variância explicada da QVM ($p = .458$ e $p = .134$, respectivamente). Estes resultados podem ser observados a seguir, no Quadro 68.

Quadro 68. Regressão linear múltipla da QVM, tendo em conta as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas introduzidas nos diferentes modelos (*)

Modelo	R	R ²	R ² Ajust.	Estimat. do erro	Estatística da variância				
					R ²	F	GL	p	
1	.163	.027	.019	8.62	.027	3.29	3	359	.021
2	.232	.054	.038	8.53	.027	3.40	3	356	.018
3	.508	.258	.231	7.63	.205	13.75	7	349	.000
4	.592	.351	.318	7.18	.092	12.24	4	345	.000
5	.611	.373	.318	7.18	.022	0.99	12	333	.458
6	.629	.395	.333	7.11	.023	2.45	5	328	.034
7	.643	.413	.341	7.06	.018	1.65	6	322	.134

*1-ESE, idade, escolaridade; 2- semanas gestação, nº gravidezes anteriores, nº nascimentos; 3- ICND, ADGM, RPM, GFMCP, AMC, FI, BM; 4-PSS, ansiedade, depressão, stress; 5- ISP, ans_fóbica, obsessão, ideação, hostilidade, somatização, sensibilidade, ansiedade, psicoticismo, depressão, TSP, IGS. 6- amor, funcionamento, Próprio, Outro, Casal; 7- amor, funcionamento, Próprio, Outro, Casal, PA, APS, ECE, ARMC, CRAPPE, CIE.

Passamos, em seguida, à análise dos coeficientes de forma a conhecer a contribuição de cada variável individualmente para a explicação da variância da QVM. O quadro com estes resultados pode ser consultado no Apêndice 4, A4 – 2.1. Um aspecto interessante na análise da variância da QVM prende-se com o facto de as variáveis sociodemográficas e clínicas verem a sua significância alterada à medida que o modelo vai evoluindo, com a introdução das variáveis psicológicas, particularmente, as indicadoras do sofrimento emocional. Isto é, no primeiro modelo, o estatuto socioeconómico da mulher é significativo; no segundo modelo, o estatuto socioeconómico da mulher continua significativo em conjunto com a idade gestacional e o número de gravidezes anteriores. No terceiro modelo, com a introdução das atitudes, as variáveis anteriores mantêm-se significativas. No entanto, na passagem para o quarto passo, a significância das variáveis sociodemográficas e clínicas desaparece, mantendo-se a idade gestacional a um nível marginal até ao fim do modelo. Esta alteração deve-se à introdução das variáveis ligadas ao sofrimento psicológico e faz pensar na relação entre estas e os aspectos sociodemográficos e clínicos que temos vindo a ter em conta.

Do conjunto das variáveis independentes seleccionadas, são variáveis predictoras da QVM: o filho imaginário ($\beta = - 0.29$, $p = .000$), os aspectos difíceis da gravidez/maternidade ($\beta = 0.12$, $p = .040$), a depressão ($\beta = - 0.37$, $p = .000$), a ansiedade ($\beta = 0.17$, $p = .038$) e a sensibilidade interpessoal ($\beta = 0.25$, $p = .026$). Devemos

mencionar, ainda, o número de semanas de gestação ($\beta = 0.09, p = .053$) e o factor pedido de ajuda, do coping ($\beta = - 0.08, p = .085$) que apresentam uma significância marginal. Estes resultados constam do Quadro 69.

Quadro 69. Variáveis predictoras da QVM no modelo 7 da regressão linear múltipla

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes</i>				<i>Colinearidade</i>	
	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Tolerância</i>	<i>VIF</i>
Semanas de gestação	0.33	0.09	1.94	.053	.89	1.13
7 EAGM_FI	- 0.86	- 0.29	- 4.83	.000	.52	1.94
EAGM_ADGM	0.29	0.12	2.06	.040	.57	1.76
DASS_depressão	- 0.58	- 0.37	- 4.10	.000	.22	4.53
DASS_ansiedade	0.39	0.17	2.08	.038	.29	3.48
BSI_sensibilidade interpessoal	3.51	0.25	2.24	.026	.15	6.68
IRP_PA	- 0.22	- 0.08	- 1.73	.085	.80	1.25

As variáveis não apresentam problemas de multicolinearidade atendendo a que os valores de VIF são baixos enquanto os valores de tolerância são elevados.

Pela análise dos valores de regressão, concluímos que as mulheres com mais semanas de gestação, com atitudes mais positivas face ao bebé imaginário, que valorizam menos os aspectos difíceis da gravidez/maternidade, menos deprimidas, mais ansiosas, com maior sensibilidade interpessoal e que mais pedem ajuda tendem a evidenciar maior qualidade da vinculação pré-natal.

Considerando como variável dependente a dimensão intensidade da preocupação materna (IPM), e de acordo com os resultados sintetizados no Quadro 70, apresentado à frente, o estudo da regressão linear múltipla mostra que 20.8% da variância da IPM é explicada pelas variáveis independentes consideradas na análise. As variáveis introduzidas no segundo passo (clínicas) não são significativas no aumento da explicação da variância, o mesmo ocorrendo com as variáveis introduzidas nos quinto e sétimo passos (respectivamente, sintomas psicopatológicos e factores do coping). Logo no modelo 1, pode observar-se uma contribuição significativa deste para a explicação da variável dependente ($p = .002$). Mas, o ganho mais significativo situa-se na passagem do segundo para o terceiro passo ($p = .000$), com um incremento na explicação da variância da IPM conquistado graças às atitudes face à gravidez. No modelo 4, as variáveis da DASS fazem aumentar o poder explicativo desta análise ($p = .004$), o mesmo ocorrendo no modelo 6, devido às variáveis da EASAVIC ($p = .047$).

Quadro 70. Regressão linear múltipla da IPM tendo em conta as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas introduzidas nos diferentes modelos (*)

Modelo	R	R ²	R ² Ajust.	Estimat. do erro	Estatística da variância				
					R ²	F	GL	p	
1	.199	.040	.032	13.81	.040	4.94	3	359	.002
2	.234	.055	.039	13.76	.015	1.88	3	356	.133
3	.449	.202	.172	12.77	.147	9.21	7	349	.000
4	.486	.236	.199	12.56	.034	3.89	4	345	.004
5	.501	.251	.186	12.66	.015	0.55	12	333	.882
6	.526	.276	.201	12.54	.025	2.27	5	328	.047
7	.543	.295	.208	12.49	.019	1.45	6	322	.195

*1-ESE, idade, escolaridade; 2- semanas gestação, nº gravidezes anteriores, nº nascimentos; 3- ICND, ADGM, RPM, GFMCP, AMC, FI, BM; 4-PSS, ansiedade, depressão, stress; 5- ISP, ans_fóbica, obsessão, ideação, hostilidade, somatização, sensibilidade, ansiedade, psicoticismo, depressão, TSP, IGS. 6- amor, funcionamento, Próprio, Outro, Casal; 7- amor, funcionamento, Próprio, Outro, Casal, PA, APS, ECE, ARMC, CRAPPE, CIE.

Segue-se a análise dos coeficientes das variáveis que, individualmente, explicam a IPM. O quadro com estes resultados pode ser consultado no Apêndice 4, A4-2.2.

As variáveis sociodemográficas contribuem para a explicação do modelo, mas com a introdução das variáveis clínicas, a escolaridade da mulher aumenta a sua significância vindo a perdê-la com a associação às atitudes e às restantes variáveis psicológicas.

No modelo 7, encontramos as variáveis predictoras da IPM que são: a idade ($\beta = -0.14$, $p = .019$), o filho imaginário ($\beta = -0.20$, $p = .003$), a imagem corporal e necessidade de dependência ($\beta = -0.13$, $p = .041$) e o factor pedido de ajuda, do coping ($\beta = -0.12$, $p = .019$). Ainda, com significância marginal, temos as obsessões-compulsões ($\beta = -0.25$, $p = .088$) e o total de sintomas positivos ($\beta = 0.31$, $p = .092$), conforme se pode observar no quadro 71, a seguir apresentado.

Quadro 71. Variáveis predictoras da IPM no modelo 7 da regressão linear múltipla

Modelo	Coeficientes				Colinearidade	
	B	Beta	t	p	Tolerância	VIF
7						
Idade	-0.42	-0.14	-2.36	.019	.66	1.51
EAGM_FI	-0.95	-0.20	-3.01	.003	.52	1.94
EAGM_ICND	-0.80	-0.13	-2.05	.041	.60	1.68
IRP_PA	-0.52	-0.12	-2.36	.019	.80	1.25
BSI_obsessão	-6.10	-0.25	-1.71	.088	.10	9.70
BSI_TSP	0.33	0.31	1.69	.092	.06	15.64

Como se pode concluir através dos valores apresentados pelos coeficientes de regressão, as mulheres mais jovens, com melhor atitude face ao filho imaginado, com

atitude mais favorável em relação à imagem corporal e necessidade de dependência, que pedem mais ajuda e que manifestam menos sintomas obsessivos-compulsivos tendem a revelar maior intensidade da preocupação com o feto. Na formação do modelo não valorizamos a variável total de sintomas positivos, uma vez que a sua significância está muito próxima de $p = .10$.

Quando a variável dependente é a vinculação pré-natal materna total (EVPNM total), o estudo da regressão linear múltipla indica que 30.3% da sua variância é explicada pelas variáveis independentes. De todos os passos efectuados, e conforme se observa no Quadro 72, apenas o passo cinco, com a introdução dos sintomas psicopatológicos, não traz ganhos significativos, provocando, ainda, um decréscimo na explicação da variância da EVPNM total. Tal como nas dimensões anteriormente estudadas, é a introdução das atitudes face à gravidez e à maternidade que incrementa, de forma importante, a explicação da variância. Importante é, também, a associação das variáveis que correspondem aos estados emocionais negativos (modelo 4).

Quadro 72. Regressão linear múltipla da EVPNM total tendo em conta as variáveis sociodemográficas clínicas e psicológicas, introduzidas nos diferentes modelos (*)

Modelo	R	R ²	R ² Ajust.	Estimat. do erro	Estatística da variância				
					R ²	F	GL	p	
1	.169	.029	.020	9.75	.029	3.52	3	359	.015
2	.232	.054	.038	9.66	.025	3.15	3	356	.025
3	.501	.251	.223	8.68	.197	13.14	7	349	.000
4	.563	.317	.283	8.34	.066	8.29	4	345	.000
5	.575	.331	.272	8.40	.014	0.58	12	333	.862
6	.600	.361	.294	8.27	.030	3.08	5	328	.010
7	.616	.380	.303	8.22	.019	1.66	6	322	.130

*1-ESE, idade, escolaridade; 2- semanas gestação, nº gravidezes anteriores, nº nascimentos; 3- ICND, ADGM, RPM, GFMCP, AMC, FI, BM; 4-PSS, ansiedade, depressão, stress; 5- ISP, ans_fóbica, obsessão, ideação, hostilidade, somatização, sensibilidade, ansiedade, psicoticismo, depressão, TSP, IGS. 6- amor, funcionamento, Próprio, Outro, Casal; 7- amor, funcionamento, Próprio, Outro, Casal, PA, APS, ECE, ARMC, CRAPPE, CIE.

No Apêndice 2, A4-2.3 podem ser observados os resultados de cada uma das variáveis que explicam a variância da EVPNM total. Constata-se que as semanas de gestação perdem o seu significado estatístico à medida que o modelo se torna mais complexo. Além disso, a idade da mulher adquire significância estatística com a complexificação do modelo. As restantes variáveis mantêm-se estáveis.

Como se demonstra no Quadro 73, a análise dos coeficientes, no modelo 7, aponta como variáveis predictoras da EVPNM total, estatisticamente significativas e não colineares, a idade ($\beta = - 0.11, p = .041$), o filho imaginado ($\beta = - 0.27, p = .000$), a depressão ($\beta = - 0.28, p = .003$), a ansiedade ($\beta = 0.16, p = .046$) e o pedido de ajuda ($\beta = - 0.12, p = .014$). A imagem corporal e necessidade de dependência decresceu ligeiramente com o alargamento do modelo e tem uma significância marginal ($\beta = - 0.10, p = .067$). O mesmo ocorreu com as semanas de gestação ($\beta = 0.80, p = .081$).

Quadro 73. Variáveis predictoras da EVPNM total no modelo 7 da regressão linear múltipla

Modelo	Coeficientes				Colinearidade	
	B	Beta	t	p	Tolerância	VIF
7						
idade	- 0.24	- 0.11	- 2.05	.041	.66	1.51
Semanas gestação	0.34	0.08	1.75	.081	.89	1.13
EAGM_FI	- 0.90	- 0.27	- 4.35	.000	.52	1.94
EAGM_ICND	- 0.47	- 0.10	- 1.84	.067	.60	1.68
DASS_depressão	- 0.50	- 0.28	- 3.03	.003	.22	4.53
DASS_ansiedade	0.43	0.16	2.01	.046	.29	3.48
IRP_PA	- 0.36	- 0.12	- 2.46	.014	.80	1.25

Em síntese, verifica-se que as mulheres mais jovens, com atitude mais positiva face ao bebé imaginário, menos deprimidas, mais ansiosas, que pedem mais ajuda e, tendencialmente, com atitude favorável face à imagem corporal e necessidade de dependência e maior tempo gestacional evidenciam uma vinculação pré-natal total mais elevada.

Estes resultados maternos são muito interessantes pois, enfatizam os resultados que obtivemos na análise das hipóteses anteriores.

Estudos semelhantes aos das mulheres, agora desenvolvidos com os homens que vão ser pais, em relação à vinculação pré-natal, permitiram obter os resultados que se descrevem em seguida.

Selecionamos seis conjuntos de variáveis independentes para explicar a variância das variáveis dependentes paternas QVP, IPP e EVPNP total. No primeiro modelo, tal como no modelo materno, introduzimos as variáveis sociodemográficas (idade, anos de escolaridade e estatuto socioeconómico dos homens), no segundo, as variáveis clínicas (número de semanas de gestação da mulher e número de filhos do homem), no terceiro modelo admitimos as variáveis relativas aos estados emocionais negativos (PSS; DASS nas

suas dimensões depressão, ansiedade e stress), no quarto foram inseridas as variáveis relativas aos sintomas psicopatológicos (somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo e os três totais TSP, ISP, IGS). No quinto modelo, temos as variáveis de satisfação conjugal (funcionamento conjugal, amor, casal, próprio e o outro) e, finalmente, o sexto, contém os factores do coping (PA, CRAPPE, APS, CI/EP, ECE, ARMC). Importa referir que não foram avaliadas as atitudes face à gravidez, havendo menos um modelo neste estudo em relação aos modelos definidos para as mulheres.

No que respeita ao estudo da regressão linear múltipla da QVP, o conjunto das variáveis independentes explica 23.6% da variância da QVP, como se comprova no Quadro 74, a seguir apresentado. Neste quadro podemos verificar que não são significativas as mudanças na variância da QVP através das variáveis sociodemográficas (modelo 1) e clínicas (modelo 2). A variância provocada pela associação das variáveis emocionais negativas ($p = .003$) é significativa, porém, o ganho mais importante acontece quando são acrescentadas as variáveis de satisfação com a vida conjugal.

Os sintomas psicopatológicos (modelo 4) e os factores do coping (modelo 6) não contribuem de modo significativo ($p > .05$) para a variância da QVP.

Quadro 74. Regressão linear múltipla da QVP, tendo em conta as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas introduzidas nos diferentes modelos*.

Modelo	R	R ²	R ² Ajust.	Estimat. do erro	Estatística da variância				
					R ²	F	GL	p	
1	.058	.003	-.005	11.13	.003	.41	3	370	.746
2	.086	.007	-.006	11.14	.004	.77	2	368	.464
3	.223	.050	.026	10.96	.042	4.03	4	364	.003
4	.293	.086	.032	10.93	.037	1.17	12	352	.302
5	.530	.281	.229	9.75	.195	23.56	4	348	.000
6	.547	.299	.236	9.71	.018	1.49	6	342	.181

*1-ESE, idade, escolaridade; 2- semanas gestação mulher, nº filhos; 3- PSS, DASS_ansiedade, DASS_depressão, DASS_stress; 4- BSI_ISP, BSI_obsessão, BSI_ans_fóbica, BSI_ideação, BSI_somatização, BSI_hostilidade, BSI_sensibilidade, BSI_ansiedade, BSI_psicoticismo, BSI_depressão, BSI_TSP, BSI_IGS; 5- EASAVIC_amor, EASAVIC_funcionamento, EASAVIC_Próprio, EASAVIC_Outro; 6- IRP_APS, IRP_PA, IRP_ECE, IRP_ARMC, IRP_CRAPPE, IRP_CIE.

Quando analisamos os coeficientes (Apêndice 4, A4-2.4), verificamos que a depressão e a ansiedade contribuem significativamente para a explicação da variância da QVP no modelo 3 mas, com a introdução dos sintomas psicopatológicos (modelo 4), a

significância da ansiedade diminui para um nível marginal e a depressão perde o seu poder explicativo. Neste modelo, a sensibilidade interpessoal é significativa na explicação da variância da QVP tornando-se marginalmente significativa com a introdução das variáveis de satisfação conjugal (modelo 5) e, posteriormente, do coping (modelo 6). Com os modelos 5 e 6, dada a significância das variáveis amor conjugal e abandono passivo perante a situação, estas tornam-se relevantes na explicação do modelo.

Assim, as variáveis preditoras da QVP, obtidas no modelo 6, são: ansiedade, dimensão da DASS ($\beta = 0.14, p = .072$), sensibilidade interpessoal, sintoma psicopatológico do BSI ($\beta = - 0.22, p = .083$), dimensão amor da EASAVIC ($\beta = 0.49, p = .076$) e o coping abandono passivo perante a situação ($\beta = 0.09, p = .060$). Todas estas variáveis têm significância marginal o que levanta questões relativas à selecção das variáveis que explicam a QVP. Estes resultados apresentam-se a seguir, no Quadro 75.

Quadro 75. Variáveis preditoras da QVP no modelo 6 da regressão linear múltipla

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes</i>				<i>Colinearidade</i>	
	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Tolerância</i>	<i>VIF</i>
6						
DASS_ansiedade	0.48	0.14	1.80	.072	.33	3.01
BSI_sensibilidade	- 4.43	- 0.22	- 1.74	.083	.13	7.83
EASAVIC_amor	0.30	0.49	1.78	.076	.03	36.41
IRP_APS	0.50	0.09	1.88	.060	.83	1.21

Os pais mais ansiosos, com menor sensibilidade interpessoal, mais satisfeitos com o amor conjugal e com maior abandono passivo perante a situação são, tendencialmente os que revelam uma maior qualidade de vinculação pré-natal.

O modelo encontrado para estimar a intensidade da preocupação paterna (IPP) indica que 14.7% da variância é explicada pelo conjunto das variáveis introduzidas nos diferentes modelos, conforme se expõe no Quadro 76, a seguir apresentado.

Os modelos 4 e 6 não são significativos, mas os restantes modelos contribuem para o aumento da variância da IPP. As alterações mais significativas situam-se na passagem do passo 2 para o 3 e na passagem do 4 para o 5. A introdução do IRP diminui os resultados da variância explicada.

Quadro 76. Regressão linear múltipla da IPP, tendo em conta as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas introduzidas nos diferentes modelos*

Modelo	R	R ²	R ² Ajust.	Estimat. do erro	Estatística da variância				
					R ²	F	GL	p	
1	.160	.026	.018	17.60	.026	3.25	3	370	.022
2	.257	.066	.053	17.28	.040	7.97	2	368	.000
3	.351	.124	.102	16.83	.057	5.96	4	364	.000
4	.382	.146	.095	16.89	.022	0.769	12	352	.682
5	.457	.209	.152	16.35	.063	6.97	4	348	.000
6	.467	.218	.147	16.40	.009	0.64	6	342	.701

*1-ESE, idade, escolaridade; 2- semanas gestação mulher, nº filhos; 3- PSS, DASS_ansiedade, DASS_depressão, DASS_stress; 4- BSI_ISP, BSI_obsessão, BSI_ans_fóbica, BSI_ideação, BSI_somatização, BSI_hostilidade, BSI_sensibilidade, BSI_ansiedade, BSI_psicoticismo, BSI_depressão, BSI_TSP, BSI_IGS; 5- EASAVIC_amor, EASAVIC_funcionamento, EASAVIC_Próprio, EASAVIC_Outro; 6- IRP_APS, IRP_PA, IRP_ECE, IRP_ARMC, IRP_CRAPPE, IRP_CIE.

A análise dos coeficientes, para observar os contributos de cada variável na explicação da variância da IPP, mostra que a idade e o estatuto socioeconómico são significativos na explicação da variância no modelo 1. Contudo, no modelo 2, com a associação das variáveis clínicas, a idade perde a significância e passa a ser significativo o número de filhos ($p = .000$). O estatuto socioeconómico mantém a sua significância estatística.

No modelo 3 (introdução das variáveis relativas ao sofrimento psíquico) mostram-se significativas a ansiedade e a depressão. Neste modelo, o número de filhos mantém a significância idêntica e o estatuto socioeconómico decresce para um patamar marginal, continuando assim até ao modelo 6.

No modelo 5, com a inclusão dos sintomas psicopatológicos, a depressão perde a significância estatística e deixa de ser explicativa da IPP. A ansiedade continua a ser uma variável muito significativa neste modelo. No modelo 6 nada se altera uma vez que o coping não tem efeito na IPP. Estes resultados podem ser consultados no Apêndice A, A4-2.5.

As variáveis preditoras da IPP, que constam do modelo 6 (e que são as mesmas do modelo 5), estão apresentadas no Quadro 77, abaixo. Essas variáveis são: o número de filhos ($\beta = - 0.19, p = .000$), a ansiedade, dimensão da DASS ($\beta = 0.27, p = .001$) e, embora com significância marginal, o estatuto socioeconómico ($\beta = 0.12, p = .073$).

Quadro 77. Variáveis predictoras da IPP no modelo 6 da regressão linear múltipla

Modelo	Coeficientes				Colinearidade	
	B	Beta	t	p	Tolerância	VIF
6						
ESE	4.53	0.12	1.80	.073	.553	1.81
Nº filhos	-7.13	-0.19	-3.55	.000	.765	1.31
DASS_ansiedade	1.47	0.27	3.28	.001	.332	3.00

Perante os coeficientes de regressão, podemos concluir que os pais com menos filhos, mais ansiosos e, tendencialmente, com estatuto socioeconómico mais elevado têm maior intensidade da preocupação com o feto.

Considerando como variável dependente a EVPNP total, o estudo da regressão linear múltipla aponta para que 20.2% da sua variância seja explicada pelas variáveis independentes, como se observa no Quadro 78. Os modelos 1, 4 e 6 não contribuem significativamente para a explicação da variância da EVPNP total. Os modelos que mais importam considerar são o 3 (estados emocionais negativos) e o 5 (satisfação conjugal). Estes incrementam, em muito, a explicação da variância.

Quadro 78. Regressão linear múltipla da EVPNP total, tendo em conta as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas introduzidas nos diferentes modelos*

Modelo	R	R ²	R ² Ajust.	Estimat. do erro	Estatística da variância				
					R ²	F	GL	p	
1	.111	.012	.004	12.07	.012	1.55	3	370	.201
2	.166	.027	.014	12.01	.015	2.84	2	368	.060
3	.279	.078	.055	11.75	.051	5.00	4	364	.001
4	.329	.108	.055	11.75	.030	1.00	12	352	.450
5	.509	.259	.206	10.78	.150	17.65	4	348	.000
6	.518	.268	.202	10.80	.010	0.75	6	342	.612

*1-ESE, idade, escolaridade; 2- semanas gestação mulher, nº filhos; 3- PSS, DASS_ansiedade, DASS_depressão, DASS_stress; 4- BSI_ISP, BSI_obsessão, BSI_ans_fóbica, BSI_ideação, BSI_somatização, BSI_hostilidade, BSI_sensibilidade, BSI_ansiedade, BSI_psicoticismo, BSI_depressão, BSI_TSP, BSI_IGS; 5- EASAVIC_amor, EASAVIC_funcionamento, EASAVIC _Próprio, EASAVIC_Outro; 6- IRP_APS, IRP_PA, IRP_ECE, IRP_ARMC, IRP_CRAPPE, IRP_CIE.

Quando nos debruçamos sobre a análise dos coeficientes a fim de conhecer o contributo de cada variável, individualmente, para a explicação da variância da variável dependente (Apêndice 4, A4-2.6), verificamos que as variáveis sociodemográficas não são significativas ao longo dos modelos embora a idade o seja no modelo 1. No modelo 2 o número de filhos é significativo na sua associação com as variáveis sociodemográficas e clínicas, persistindo essa significância até ao modelo 4. No modelo 5, com a introdução das

variáveis conjugais o número de filhos perde a sua importância enquanto variável explicativa. A depressão é significativa no modelo 3 mas, com a inclusão dos sintomas psicopatológicos, deixa de o ser, como já aconteceu anteriormente. Os modelos 5 e 6 confirmam a significância estatística da ansiedade e do amor tornando-as variáveis preditoras da vinculação pré-natal paterna total, estatisticamente significativas e não colineares (EASAVIC na dimensão amor, $\beta = 0.44$, $p = .000$ e a DASS na dimensão ansiedade, $\beta = 0.22$, $p = .000$), tal como se observa no Quadro 79.

Quadro 79. Variáveis preditoras da EVPNP total no modelo 6 da regressão linear múltipla

Modelo	Coeficientes				Colinearidade	
	B	Beta	t	p	Tolerância	VIF
6						
DASS_ansiedade	0.88	0.24	2.97	.003	.332	3.01
EASAVIC_amor	0.35	0.53	1.89	.059	.027	36.41

Os valores do coeficiente de regressão de cada uma das variáveis revelam que os pais mais ansiosos e mais satisfeitos com o amor conjugal evidenciam maior VPNP total.

Em síntese, a ansiedade é uma variável explicativa da QVP, da IPP e da VPNP total. A EVPNP total, para além da ansiedade é explicada pelo amor. A IPP, para além da ansiedade, é explicada pelo número de filhos e pelo estatuto socioeconómico. A QVP, para além da ansiedade, é explicada pelo amor, pelo abandono passivo e pela sensibilidade interpessoal.

Para finalizar a hipótese H6 e a apresentação do modelo que lhe está subjacente sistematizamos a seguinte informação:

A QVM é explicada, em 34.1% da variância, pelo filho imaginado, aspectos difíceis da gravidez e da maternidade, depressão, ansiedade, sensibilidade interpessoal, número de semanas de gestação e pedido de ajuda.

A QVP tende a ser explicada, em 23.6% da variância, pela satisfação com o amor conjugal, pela ansiedade, sensibilidade interpessoal e abandono passivo.

A IPM é explicada, em 20.8% da variância, pela idade, filho imaginado, imagem corporal e necessidade de dependência, pedido de ajuda e obsessões-compulsões.

A IPP é explicada, em 14.7% da variância, pela ansiedade, número de filhos e estatuto socioeconómico.

A hipótese colocada confirma-se. As variáveis explicativas da vinculação pré-natal materna e das suas dimensões são diferentes das variáveis que explicam a vinculação pré-

natal paterna e as suas dimensões, apesar de haver duas variáveis comuns na QV e uma, a ansiedade, na VPN total.

2.2. Segundo estudo - Influência das características psicológicas e sociodemográficas na patologia obstétrica e resultado do parto

H₇ – Existe uma relação entre os factores sociodemográficos, por um lado, e o resultado do parto e a ocorrência de patologia obstétrica nos II e III trimestres de gravidez, por outro lado.

A hipótese colocada visa a testagem da associação entre os factores sociodemográficos e os resultados obtidos ao longo do tempo no que concerne à evolução da gravidez em termos médicos e ao resultado do parto (inclui o tipo de parto e a saúde do bebé no momento do nascimento). A hipótese foi testada com a aplicação do teste de χ^2 .

Os factores sociodemográficos considerados foram a idade, por faixas etárias, a escolaridade, em categorias, a profissão por categoria profissional, a fonte de rendimentos, o estatuto socioeconómico por níveis, e o número de filhos (nenhum filho, um filho, dois ou mais filhos).

A patologia obstétrica nos II e III trimestres de gravidez foi operacionalizada pela presença ou ausência de doenças depois das 25 semanas de gestação; o resultado do parto teve em conta o tipo de parto, eutócico, instrumentado e cesariana, e a saúde do bebé no momento do nascimento foi operacionalizada em duas categorias (saudável e com problemas).

A hipótese colocada apenas se confirmou no que se refere à associação entre o número de filhos e o tipo de parto. No entanto, estatísticas adicionais de associação entre as variáveis clínicas, efectuadas no seguimento da testagem da hipótese, mostraram que existe uma associação entre as variáveis clínicas, a saúde do bebé no momento do nascimento e a patologia obstétrica do II e do III trimestre.

Não são, portanto, os factores sociodemográficos das mulheres a influenciar a evolução da gravidez, no que se refere à patologia médica, mas, a evolução médica da gravidez influencia a saúde do bebé no momento do nascimento. Em termos sociodemográficos, o número de filhos influencia o tipo de parto.

Os resultados dos estudos de associação entre as variáveis sociodemográficas e obstétricas/clínicas realizadas através do teste de χ^2 podem ser consultados no Apêndice A4-3, nos Quadros 48 a 66, de acordo com o procedimento que tem vindo a ser adoptado de remeter para apêndice os quadros cujas estatísticas são não significativas.

Analizam-se, em seguida, os resultados obtidos no estudo da associação da idade da mulher com o tipo de parto, a existência de doenças após as 25 semanas e a saúde do bebé (Apêndice A4-3, Quadros 48 a 50).

A associação entre a idade da mãe e o tipo de parto mostra que grande parte das mulheres mais jovens, com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos e entre os 26 e os 30 anos, tiveram parto eutócico, sendo as percentagens de 51.8% e 55.1%, respectivamente. Nas mais velhas, a percentagem de partos eutócicos tende a diminuir e é o grupo etário entre os 36 e os 40 anos que apresenta maior percentagem de partos por cesariana (37.2%), seguido do grupo etário dos 31 aos 35 anos, com 28.8% deste tipo de parto. No entanto, as diferenças observadas entre os grupos não são estatisticamente significativas ($\chi^2_{(6)} = 4.75, p = .577$).

Os resultados do estudo da associação entre a idade da mãe e a existência de doenças após as 25 semanas de gestação revelam que a maior parte das mães, em todos os grupos etários, não teve doenças nos II e III trimestres de gravidez, embora se verifique alguma tendência, que não é estatisticamente significativa ($\chi^2_{(4)} = 3.09, p = .378$), para afirmar que a percentagem de casos em que ocorreram doenças naquele período aumenta com a idade.

Quanto à associação entre a saúde do bebé ao nascer e a idade das mães, verifica-se que a percentagem de casos em que o bebé tem boa saúde ao nascer varia entre 79.4% e 83.7% e que as diferenças encontradas na associação estudada não são significativas ($\chi^2_{(4)} = 0.43, p = .934$).

Os resultados acabados de analisar levam a concluir que não existem evidências estatísticas de que a idade das mães influencie o tipo de parto nem a ocorrência de doenças após as 25 semanas de gestação ou a saúde do bebé.

No seguimento das análises anteriores, procede-se à análise dos resultados obtidos no estudo da associação entre a escolaridade da mulher e as variáveis clínicas (Apêndice A4-3, Quadros 51 a 53). Os resultados mostram que a percentagem de mulheres que tiveram parto eutócico, variou entre 46.2%, para as que tinham escolaridade de nível superior, e 56.8%, para as que possuíam o Ensino Básico ou equivalente. A percentagem de partos eutócicos tende a diminuir com o aumento da escolaridade, enquanto a percentagem

de partos instrumentados tende a aumentar com o aumento de escolaridade, ou seja, temos 26.1% no caso das mulheres com formação superior ou equivalente e 16.2% nas mulheres com instrução primária, e a mesma percentagem para as que possuem ensino básico ou equivalente. A percentagem de cesarianas não evidencia uma tendência assinalável. As diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($\chi^2_{(6)} = 5.99, p = .425$).

Analisando a associação entre a escolaridade e a patologia obstétrica dos II e III trimestres de gestação, verifica-se que a maioria das mulheres, em qualquer dos níveis de escolaridade, não teve problemas de doença após as 25 semanas de gravidez, variando as percentagens entre 71.2% e 78.4%. Não é evidente que a incidência de doenças durante aquele período da gravidez aumente ou diminua em função da escolaridade das mulheres e as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($\chi^2_{(3)} = 1.82, p = .610$).

A associação entre a escolaridade da grávida e a saúde do bebé ao nascer mostra que a maioria das mulheres teve filhos sem problemas de saúde. As percentagens situam-se entre 75.7%, para as mulheres apenas com a instrução primária, e 84.4% para as que possuíam o terceiro ciclo completo. A incidência de problemas de saúde nos bebés é mais elevada no grupo de mães com instrução primária (24.3%), seguido do grupo de mães com escolaridade de nível superior (21.0%), mas as diferenças que se observam não são significativas ($\chi^2_{(3)} = 1.81, p = .612$).

Conclui-se, face aos resultados apresentados, que o nível de escolaridade da mãe parece não ter influência sobre o tipo de parto, nem sobre a ocorrência de problemas obstétricos após as 25 semanas de gestação ou na saúde do bebé.

O estudo da associação entre o grupo profissional da mulher, por um lado, e o tipo de parto, a ocorrência de doenças nos II e III trimestres da gravidez e a saúde do bebé, por outro lado, revelou os resultados que a seguir se apresentam (Apêndice A4-3, Quadros 54 a 56).

A percentagem de partos eutócicos no grupo das operárias não qualificadas é superior às percentagens observadas nos restantes três grupos profissionais, variando os valores entre 47.7% e 59.5%. As percentagens de partos por cesariana são semelhantes nos quatro grupos profissionais e as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($\chi^2_{(6)} = 3.83, p = .699$). Esta associação é semelhante à que se observou entre a escolaridade e o tipo de parto, mostrando que pode haver concordância entre a formação e a profissão e os resultados que a estas se associem.

A maior parte das mulheres de qualquer dos quatro grupos profissionais não sofreu doenças obstétricas após as 25 semanas de gestação, variando as percentagens das que

referiram que a sua gravidez foi saudável entre 66.7%, para a categoria profissional 5, que inclui as desempregadas, ajudantes ou estudantes, e 82.3%, para as operárias não qualificadas ou com profissões equivalentes, categoria profissional 4.

A incidência de casos em que houve doenças durante aquele período da gestação foi mais elevada entre as mulheres da categoria profissional 5, desempregadas, domésticas ou estudantes (33.3%) e entre as operárias especializadas ou com profissões equivalentes, da categoria profissional 3 (26.7%), quando comparadas com as grávidas saudáveis. Os resultados obtidos com a aplicação do teste de χ^2 indicam que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($\chi^2_{(3)} = 6.19, p = .103$).

Quanto à existência de problemas de saúde no bebê ao nascer e a associação com a categoria profissional da mãe, verifica-se que, em todos os grupos, a maioria dos bebês nasceu saudável, variando as percentagens entre 76.9% e 84.3%. A incidência de casos em que o bebê teve problemas foi mais elevada nas operárias não qualificadas ou com profissões equivalentes (23.1%) e mais baixa nas operárias especializadas ou com profissões equivalentes (15.7%). No entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($\chi^2_{(3)} = 1.90, p = .593$).

Os resultados apresentados permitem concluir que a profissão da mulher não influencia significativamente o tipo de parto, a existência de doenças nos II e III trimestres da gravidez ou a saúde do bebê no momento do nascimento.

No que respeita ao estudo da associação entre as variáveis clínicas e a fonte do rendimento das mulheres (Apêndice A4-3, Quadros 57 a 59), verifica-se que a distribuição de frequências dos tipos de parto para as mulheres cujo rendimento provém de salário mensal é semelhante à distribuição de frequências observada para as que têm rendimentos provenientes de subsídios, rendimentos pessoais ou equivalente. As diferenças observadas são pequenas e, como tal, não são estatisticamente significativas ($\chi^2_{(2)} = 0.15, p = .926$).

Independentemente da fonte de rendimento, a maioria das mulheres não teve doenças após as 25 semanas de gestação e a incidências de doenças neste período é mais elevada (30.3%) nas mulheres cujos rendimentos provêm de subsídios, de rendimentos pessoais ou origens equivalentes. As diferenças observadas entre os dois grupos não são, no entanto, estatisticamente significativas ($\chi^2_{(1)} = 2.59, p = 0.108$).

A associação entre a fonte de rendimentos da mulher e a saúde do bebê mostra que as distribuições de frequências são praticamente iguais nos dois grupos de mulheres, não se verificando diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{(1)} = 0.001, p = .975$).

Tendo em consideração os resultados anteriores, concluímos que a saúde do bebê, a ocorrência de doenças após as 25 semanas de gestação e o tipo de parto não estão associados à proveniência dos rendimentos das mulheres.

Procedeu-se, ainda, ao estudo da associação das variáveis clínicas com o estatuto socioeconómico das mulheres (Apêndice A4-3, Quadros 60 a 62).

A proporção de partos eutócicos tende a aumentar nas mulheres com estatuto socioeconómico mais baixo (53.7%) e a percentagem de partos instrumentados é mais elevada para as mulheres de estatuto mais alto, nível 1 (25.0%). No entanto, as diferenças observadas não podem ser consideradas estatisticamente significativas ($\chi^2_{(4)} = 0.97, p = .915$).

A prevalência de doenças durante os II e III trimestres da gravidez é mais elevada entre as mulheres de estatuto socioeconómico mais baixo, níveis 3 e 4 (26.5%) e tende a diminuir para as mulheres de níveis mais altos, níveis 2 e 1, sendo respectivamente 24.6% e 20.7%. Verifica-se, no entanto, que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($\chi^2_{(2)} = 1.02, p = .601$).

Relativamente à associação da saúde do bebê com o estatuto socioeconómico da mãe, verifica-se que, em todos os níveis, a maioria dos bebês não tinha problemas de saúde e que a incidência de problemas era mais elevada nos níveis socioeconómicos mais alto e mais baixo, 20.7% e 20.0%, respectivamente. Tal como se verificou nas variáveis anteriores, também neste caso as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($\chi^2_{(2)} = 0.50, p = .779$).

Conclui-se que as evidências estatísticas não apoiam a existência de associação entre o estatuto socioeconómico da mulher e o tipo de parto, nem com a existência de doenças após as 25 semanas de gestação ou com a saúde do bebê. Este resultado era esperado tendo em conta os resultados obtidos em relação à escolaridade, à profissão e aos rendimentos.

A associação entre, por um lado, o número de filhos e por outro lado, o tipo de parto, a patologia obstétrica dos II e III trimestres e a saúde do bebê ao nascer mostrou os resultados que apresentamos em seguida.

De acordo com o Quadro 80, a seguir apresentado, o estudo da associação entre o número de filhos e o tipo de parto permite constatar que a proporção de partos eutócicos tende a aumentar com o número de filhos, sendo 43.9% para as mães que não tinham filhos e 78.9% para as que tinham dois ou três. Em sentido oposto, variam as percentagens de partos instrumentados nas mulheres que ainda não têm filhos e nas que têm dois ou mais,

respectivamente, 27.6% e 5.3%, e as percentagens de cesarianas que foram de 28.5% nas primigestas e de 15.8% nas multigestas. Neste caso, as diferenças são estatisticamente significativas ($\chi^2_{(4)} = 17.70, p = .001$).

Quadro 80. Associação, através do teste de Qui quadrado, entre o número de filhos e o tipo de parto

<i>Tipo de parto</i> <i>Nº de filhos</i>	<i>Eutócico</i>		<i>Forceps e/ou ventosa</i>		<i>Cesariana</i>		<i>GL</i>	χ^2	<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>			
Nenhum	108	43.9	68	27.6	70	28.5			
Um	78	60	19	14.6	33	25.4	4	17.70	.001
Dois ou três	15	78.9	1	5.3	3	15.8			

A percentagem de mulheres que não têm doenças após as 25 semanas de gestação tende a diminuir com o aumento do número de filhos ou, por outras palavras, a prevalência de doenças durante os II e III trimestres da gravidez é mais baixa para as mulheres sem filhos (21.5%) e mais alta para aquelas que têm dois ou três filhos (31.6%). As diferenças não são, no entanto, estatisticamente significativas ($\chi^2_{(2)} = 2.79, p = .248$) (Quadro 63 do Apêndice A4-3).

O estudo semelhante, desenvolvido para avaliar a significância da associação entre a saúde do bebé e o número de filhos, revelou que a prevalência de bebés com problemas de saúde tende a diminuir em função do aumento do número de filhos, ou seja, ter bebés com problemas de saúde acontece em maior percentagem nas mulheres que não tinham filhos (20.5%) e em mais baixa percentagem nas que tinham dois ou três filhos (15.8%). Porém, as diferenças não são estatisticamente significativas ($\chi^2_{(2)} = 0.84, p = .657$), conforme resultados expostos no Quadro 63 do Apêndice A4-3.

Os resultados apresentados permitem concluir que o tipo de parto está associado ao número de filhos e que não existem evidências estatísticas de que o número de filhos esteja em associação com a ocorrência de doenças durante os II e III trimestres da gravidez ou com a saúde do bebé.

Adicionalmente, foi estudada a associação das três variáveis clínicas entre si. A análise da associação entre o tipo de parto e a existência de doenças nos II e III trimestres de gestação mostrou que as diferenças observadas são pouco relevantes e não são estatisticamente significativas ($\chi^2_{(2)} = 0.16, p = .924$).

O estudo da associação entre o tipo de parto e a saúde do bebé revelou que a prevalência de problemas de saúde é mais elevada nos bebés que nasceram por partos

instrumentados (23.9%) e mais baixa naqueles que nasceram por parto eutócico ($p = 16.6\%$) mas as diferenças não são estatisticamente significativas ($\chi^2_{(2)} = 2.14, p = .342$). Estes dois resultados estão organizados no Apêndice A4-3, Quadros 65 e 66.

A prevalência de bebês com problemas de saúde (34.0%) é significativamente superior nas mulheres que tiveram problemas de saúde durante os II e III trimestres da gravidez, ou seja, existem evidências estatísticas que permitem concluir que a saúde dos bebês está associada ao facto de as mães terem doenças durante os dois últimos trimestres da gravidez ($\chi^2_{(1)} = 17.90, p = .000$), conforme resultados apresentados no Quadro 81.

Quadro 81. Associação, através do teste de Qui quadrado, entre a saúde do bebé e a existência de doenças após as 25 semanas de gestação

<i>Saúde do bebé</i>	<i>Normal</i>		<i>Com problemas</i>		<i>GL</i>	χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>			
<i>Doenças após as 25 semanas</i>							
Não	256	85.6	43	14.4	1	17.90	.000
Sim	62	66	32	34			

A conclusão do estudo desta hipótese salienta a importância do número de filhos para o tipo de parto da mulher e a importância da patologia obstétrica da segunda metade da gravidez para a saúde do bebé no momento do nascimento.

A hipótese colocada não foi confirmada.

H₈ – Existem diferenças significativas entre os valores médios das variáveis psicológicas, nomeadamente a vinculação pré-natal, das mulheres grávidas nas quais venha a ocorrer patologia obstétrica e das mulheres grávidas sem patologia obstétrica.

Desde a entrevista inicial no segundo trimestre até ao final da gravidez, houve 24.3% de mulheres que sofreram a incidência de algum tipo de patologia obstétrica ($n = 96$). A maior parte manteve uma gravidez saudável, sem ocorrências de natureza médica (75.7%, $n = 299$).

Para testar a hipótese colocada, comparando os dois grupos referidos, realizámos o teste t de Student a fim de verificar a existência de diferença de médias nas variáveis psicológicas estudadas durante a gravidez, entre os dois grupos de mulheres acima referidos.

Verificamos que os dois grupos se diferenciam, estatisticamente, apenas em duas variáveis, a seguir indicadas. A sensibilidade interpessoal (dimensão do BSI) é superior, em média, nas mulheres que vieram a desenvolver patologia obstétrica. O pedido de ajuda (factor PA do IRP) é significativamente diferente entre os dois grupos e os seus níveis são mais elevados nas mulheres que se mantiveram saudáveis nos II e III trimestres de gravidez. Em todas as outras variáveis estudadas as médias apresentadas não se diferenciam, estatisticamente, nomeadamente na vinculação pré-natal e suas dimensões. Os resultados analisam-se em seguida e estão apresentados no Quadro 82a.

Quadro 82a. Teste *t* de Student para comparação de médias das variáveis psicológicas maternas consoante a ocorrência de patologia obstétrica

<i>Variáveis Psicológicas</i>	<i>Patologia Obstétrica</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
EAGM							
FI	não	299	10.21	2.93	393	0.21	.834
	sim	96	10.13	3.01			
BM	não	299	16.58	3.54	393	0.36	.723
	sim	96	16.44	3.62			
GFMCP	não	299	10.68	3.19	393	-0.93	.354
	sim	96	11.03	3.29			
ADGM	não	299	19.05	3.35	393	-0.68	.497
	sim	96	19.32	3.68			
RPM	não	299	6.41	2.33	393	-0.42	.677
	sim	96	6.53	2.53			
AMC	não	299	5.56	1.71	393	0.24	.812
	sim	96	5.51	1.58			
ICND	não	299	7.49	2.17	393	-1.59	.113
	sim	96	7.89	2.19			
PSS_fem	não	268	20.52	6.92	351	-0.66	.508
	sim	85	21.09	7.00			
DASS							
Depressão	não	299	4.02	5.48	393	-0.89	.373
	sim	96	4.60	5.77			
Stress	não	299	10.37	7.33	393	-0.90	.369
	sim	96	11.17	8.22			
Ansiedade	não	299	4.15	3.73	393	-0.42	.673
	sim	96	4.33	3.85			
Total	não	299	20.40	16.32	393	-0.92	.359
	sim	96	22.22	18.49			
BSI							
Somatização	não	299	0.50	0.55	393	-1.23	.219
	sim	96	0.59	0.61			
Obsessão/ compulsão	não	299	0.70	0.58	393	-0.56	.576
	sim	96	0.74	0.61			
Sensibilidade Interpessoal	não	299	0.47	0.61	141.116	-2.13	.035
	sim	96	0.64	0.72			
Depressão	não	299	0.43	0.56	393	-0.70	.486
	sim	96	0.48	0.64			
Ansiedade	não	299	0.49	0.52	393	-1.17	.242
	sim	96	0.56	0.57			
Hostilidade	não	299	0.54	0.54	393	-0.99	.325
	sim	96	0.61	0.66			
Ans. fóbica	não	299	0.29	0.44	393	-0.15	.880
	sim	96	0.30	0.41			
Ideação Paranoíde	não	299	0.67	0.67	393	-0.80	.423
	sim	96	0.73	0.73			
Psicoticismo	não	299	0.34	0.49	393	-0.86	.392
	sim	96	0.39	0.47			
IGS	não	299	0.50	0.46	148.527	-1.26	.210
	sim	96	0.58	0.51			
TSP	não	299	18.26	13.23	146.562	-1.00	.318
	sim	96	19.96	14.84			

Cont. do Quadro							
ISP	não	299	1.33	0.40	140.369	-0.74	.460
	sim	96	1.37	0.47			
EASAVIC							
Funcionamento Conjugal	não	299	80.26	15.43	393	0.05	.961
	sim	96	80.17	15.86			
Amor	não	299	131.25	19.02	393	-0.52	.601
	sim	96	132.39	16.87			
Total	não	299	211.51	32.76	393	-0.28	.783
	sim	96	212.55	31.34			
Casal	não	299	71.68	13.39	393	-0.21	.830
	sim	96	72.02	13.64			
Outro	não	299	69.66	10.45	393	-0.02	.981
	sim	96	69.69	10.03			
Próprio	não	299	65.45	9.34	393	-0.53	.594
	sim	96	66.01	8.34			
EVPNM							
QVM	não	299	90.96	8.65	393	0.04	.967
	sim	96	90.92	8.70			
IPM	não	299	68.45	14.47	393	-1.21	.228
	sim	96	70.46	13.19			
Total	não	299	80.46	10.09	393	-0.79	.432
	sim	96	81.37	9.37			
IRP							
PA	não	299	13.08	3.25	393	2.43	.016
	sim	96	12.15	3.33			
CRAPPE	não	299	31.85	5.80	393	-0.08	.938
	sim	96	31.90	5.80			
APS	não	299	13.09	2.01	393	0.19	.850
	sim	96	13.04	2.28			
CI/EP	não	299	27.86	3.80	144.716	1.03	.307
	sim	96	27.35	4.35			
ECE	não	299	12.12	2.11	393	0.69	.491
	sim	96	11.95	2.10			
ARMC	não	299	16.16	2.49	393	0.92	.360
	sim	96	15.89	2.78			
Total	Não	299	133.20	10.70	393	1.58	.114
	sim	96	131.17	11.63			

As atitudes face à gravidez e à maternidade não se diferenciaram estatisticamente nos dois grupos de grávidas. Em todos os factores, o nível de significância foi superior a .05: filho imaginado (FI), boa mãe (BM), gravidez como factor de mudança e de crescimento pessoal (GFMCP), aspectos difíceis da gravidez e da maternidade (ADGM), relação com a própria mãe (RPM), apoio do marido/companheiro (AMC), imagem corporal e necessidade de dependência (ICND).

O stress no contexto profissional não apresenta diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos de grávidas ($t_{(351)} = -0.66, p = .508$), o que permite afirmar que o stress no contexto profissional não influencia a ocorrência de patologia obstétrica.

A DASS total e as dimensões depressão, ansiedade e stress eram semelhantes, durante a gravidez, nas grávidas que vieram a desencadear patologia obstétrica e nas que mantiveram uma gravidez saudável, com $p > .05$.

Ao analisar os sintomas psicopatológicos, avaliados pelo BSI, verificamos que a sensibilidade interpessoal é superior entre as mulheres que tiveram patologia obstétrica nos II e III trimestres de gestação ($M = 0.64, DP = 0.72$) em comparação com as que não

desenvolveram essa patologia ($M = 0.47$, $DP = 0.61$). As diferenças de médias entre os dois grupos são significativas, $t_{(141.12)} = -2.13$, $p = .035$. A sensibilidade interpessoal aumentada nas grávidas parece ser prejudicial ao bom decurso da gravidez.

Em nenhum outro sintoma psicopatológico ou índice estudado se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos: somatização, obsessões-compulsões, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide, psicoticismo, IGS, TSP e ISP.

A satisfação com a vida conjugal em geral, bem como as suas dimensões amor e funcionamento conjugal e zonas focadas no casal, no próprio e no outro, não mostram diferenças significativas entre os dois grupos de grávidas. A satisfação com a conjugalidade durante a gravidez não se distingue nas mulheres quer venha a ocorrer patologia obstétrica, ou não.

A vinculação pré-natal materna total e as suas dimensões QVM e IPM não se diferenciaram significativamente entre as mulheres que vieram a ter patologia nos II e III trimestres de gestação e as que não tiveram patologia desta natureza, conforme se observa ainda no Quadro 82. A vinculação pré-natal não influencia o desenvolvimento de patologia obstétrica da segunda metade da gravidez.

O coping, nos dois grupos de gestantes, apresentou diferenças significativas no factor pedido de ajuda, $t_{(393)} = 2.43$, $p = .016$, com médias mais elevadas nas mulheres que não têm patologia dos II e III trimestres de gestação ($M = 13.08$, $DP = 3.25$) quando comparadas com as que vieram a ter essa patologia ($M = 12.15$, $DP = 3.33$). O valor mais elevado no factor pedido de ajuda revela que os sujeitos têm menos propensão a pedir ajuda aos outros, o que é um coping mais favorável.

O coping global e as suas dimensões confronto e resolução activa dos problemas, abandono passivo perante a situação, controlo interno/externo dos problemas, estratégias de controlo das emoções e auto-responsabilização e medo das consequências, não mostraram diferenças estatísticas significativas entre os grupos.

A hipótese apenas foi parcialmente confirmada. As mulheres que desenvolveram patologia obstétrica apresentaram, na gravidez, maior sensibilidade interpessoal e menor pontuação no pedido de ajuda, ou seja, maior propensão a pedir ajuda o que revela uma estratégia de coping pouco eficaz. Estas são as variáveis que influenciam a ocorrência de patologia obstétrica.

Perante estes resultados efectuámos estatísticas adicionais que permitissem diferenciar as grávidas consoante as patologias obstétricas, no que se refere às variáveis

psicológicas. Agrupamos as patologias em cinco grupos: ameaça de parto pré-termo (APP), hipertensão arterial e doenças afins (HTA), diabetes gestacional (DG), doenças da gravidez e do feto e outras. As primeiras três situações ocorreram com mais frequência, cada uma em 22.9% do total das mulheres grávidas com patologia (que são 5.4% do total das grávidas da amostra).

Com a aplicação da ANOVA, verificámos que as diferenças entre estas mulheres, conforme a sua patologia, encontram-se na ansiedade ($p = .049$) e na hostilidade ($p = .008$), nos sintomas psicopatológicos avaliados com o BSI, na satisfação conjugal focada no outro ($p = .047$) e no factor estratégias de controlo das emoções do IRP ($p = .027$), tal como se pode observar no Quadro 82b., abaixo apresentado.

Quadro 82b. Teste de ANOVA para comparação de médias das variáveis psicológicas maternas entre os grupos de grávidas conforme a patologia obstétrica

<i>Variável</i>	<i>Soma dos quadrados</i>	<i>GL</i>	<i>Média dos quadrados</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
BSI					
Somatização	2.00	4, 94	0.50	1.35	.259
Obsessões-compulsões	0.84	4, 94	0.21	0.55	.700
Sensibilidade interpessoal					
Depressão	3.67	4, 94	0.92	1.85	.127
Ansiedade	1.80	4, 94	0.45	1.10	.360
Ansiedade	2.91	4, 94	0.73	2.38	.049
Hostilidade	5.71	4, 94	1.43	3.69	.008
Ansiedade fóbica	1.28	4, 94	0.32	2.00	.101
Ideação paranóide	3.84	4, 94	0.96	1.88	.120
Psicoticismo	1.41	4, 94	0.35	1.65	.169
EASAVIC					
FC	1844.09	4, 94	461.02	1.89	.120
Amor	2123.60	4, 94	530.90	1.92	.113
Total	7916.68	4, 94	1979.17	2.09	.089
Casal	1149.82	4, 94	287.46	1.57	.189
Outro	960.94	4, 94	240.24	2.52	.047
Próprio	558.73	4, 94	139.68	2.08	.090
IRP					
Total	942.107	4, 94	235.53	1.79	.139
PA	8.03	4,94	2.01	0.17	.952
CRAPPE	262.97	4, 94	65.74	2.02	.098
AB PAS	4.42	4, 94	1.10	0.20	.936
CI/EP	63.95	4, 94	15.99	0.85	.500
ECE	47.179	4, 94	11.80	2.89	.027
A-RMC	8.08	4,94	2.02	0.25	.908

As diferenças na ansiedade, segundo o teste pos-hoc de Bonferroni, ocorreram entre as mulheres com DG e as mulheres com doenças da gravidez e do feto, em que são as segundas a apresentar níveis de ansiedade mais elevados, mas apenas com significância marginal ($p = .09$). Na hostilidade, as significâncias foram igualmente marginais para diferenças entre as mulheres com DG e as mulheres com doenças da gravidez e do feto ($p = .09$) e entre as mulheres com DG e as mulheres com doenças da categoria “outras” ($p = .06$), em que são as mulheres com DG quem apresenta menor hostilidade nas duas situações.

Na satisfação conjugal com o outro, as diferenças, também marginais, situam-se entre as grávidas com HTA e afins e as grávidas com doenças da gravidez e do feto ($p = .08$), e são as grávidas HTA que estão mais satisfeitas com a conjugalidade nesta zona. E as diferenças situam-se, ainda, entre as grávidas com doenças da gravidez e do feto e as grávidas com DG ($p = .09$), apresentando a satisfação conjugal na zona “o outro” também mais elevada nas mulheres com DG.

No factor estratégias de controlo das emoções, o teste pos-hoc de Bonferroni apenas apresenta significância marginal entre os grupos de grávidas, sendo as mulheres com HTA a mostrarem níveis mais elevados nesta estratégia. As que desencadearam outras doenças apresentam níveis mais baixos no controlo das emoções.

Podemos afirmar que as mulheres que desencadeiam patologia obstétrica no segundo e terceiros trimestres de gravidez têm maior sensibilidade interpessoal e menores estratégias de coping no pedido de ajuda, antes da ocorrência da doença, em comparação com as grávidas que mantêm uma gravidez de baixo risco até ao fim. Entre as grávidas com patologia obstétrica apresentada, há diferenças nas suas características psicológicas a nível de: ansiedade e hostilidade; satisfação conjugal com o outro e estratégias de controlo das emoções. As grávidas com DG manifestaram menor ansiedade prévia em comparação com as que desencadearam doenças da gravidez e do feto. As grávidas com DG manifestavam menor hostilidade antes da ocorrência de patologia obstétrica do que as grávidas com doenças da gravidez e feto e as grávidas com outras doenças. As grávidas com HTA estavam anteriormente mais satisfeitas com a conjugalidade na zona focada no outro, em comparação com as grávidas que vieram a desenvolver doenças da gravidez e do feto. As grávidas que desencadearam DG estavam mais satisfeitas com aquela zona conjugal quando comparadas com as mulheres nas quais ocorreram outras doenças.

H₉ – Existem diferenças significativas entre os níveis de vinculação pré-natal dos homens cujas mulheres têm patologia obstétrica dos II e III trimestres de gravidez e os níveis dos homens cujas mulheres não têm patologia obstétrica.

Quando analisamos as diferenças na vinculação pré-natal paterna e as suas dimensões em função dos dois grupos de mulheres com patologia obstétrica dos II e III trimestres de gestação ou sem patologia nesses trimestres, aplicamos o teste *t* de Student, para comparação de médias entre dois grupos e verificamos que não há diferenças significativas entre eles no que diz respeito à VPNP total ($t_{(393)} = 0.36, p = .722$), à QVP ($t_{(393)} = 0.28, p = .780$) e à IPP ($t_{(393)} = .34, p = .733$). A vinculação pré-natal paterna não influencia a ocorrência de patologia obstétrica na mulher, conforme se pode observar no Quadro 83.

Quadro 83. Teste *t* de Student para comparação de médias da vinculação pré-natal paterna consoante a existência de patologia obstétrica dos II e III trimestres de gravidez das suas mulheres

<i>EVPNP</i>	<i>Pat.obst.mulher</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
QVP	Não	299	85.04	11.12	393	.28	.780
	Sim	96	84.68	10.96			
IPP	Não	299	56.49	17.42	393	.34	.733
	Sim	96	55.77	19.11			
EVPNP total	Não	299	73.62	11.96	393	.36	.722
	Sim	96	73.12	12.39			

A hipótese não se confirma.

H₁₀ – Existem diferenças de médias entre a vinculação pré-natal materna das mães cujos recém-nascidos não apresentam problemas de saúde no momento do nascimento e a vinculação pré-natal materna das mães cujos recém-nascidos apresentam problemas de saúde no momento do nascimento.

Esta hipótese foi testada com o teste *t* de Student para diferença de médias entre dois grupos. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as médias da vinculação pré-natal materna e das suas dimensões e o estado de saúde, normal ou com problemas, do recém-nascido no momento do nascimento, conforme exposto no Quadro 84.

Quadro 84. Teste t de Student para comparação de médias da vinculação pré-natal materna conforme o estado de saúde do recém-nascido no momento do nascimento

<i>EVPNM</i>	<i>Estado de saúde ao nascer</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
QVM	normal	318	90.70	8.88	391	-1.28	.200
	com problemas	75	92.13	7.40			
IPM	normal	318	68.35	14.36	391	-1.72	.087
	com problemas	75	71.48	13.38			
EVPNM total	Normal	318	80.27	10.07	391	-1.74	.082
	com problemas	75	82.49	9.14			

Os valores obtidos sugerem que as mães dos bebês que vieram a nascer com problemas de saúde manifestaram, no segundo trimestre de gravidez, níveis mais elevados de VPNM total, de QVM e de IPM. No entanto, tais diferenças não são significativas apesar de a significância estatística ser marginal na IPM e na EVPNM das mães conforme os bebês foram saudáveis ou tiveram problemas.

Face a esta situação (estatística marginal), realizámos um teste ANOVA para determinar as diferenças na vinculação pré-natal avaliada no segundo trimestre conforme o tipo de patologias do bebé ao nascer. Estas foram agrupadas em nascimento pré-termo, dificuldade respiratória, circular apertada ao pescoço, doença interna e traumatismo de parto. Não se observaram diferenças significativas nas variáveis psicológicas entre os grupos em estudo, nomeadamente na vinculação pré-natal.

Quando se analisa o tipo de parto que levou ao nascimento do bebé, verifica-se que não há diferenças significativas na vinculação da mãe ao feto anterior ao tipo de parto seja ele eutócico, intervencionado com fórceps e/ou ventosa ou cesariana. Isto é, o nível de vinculação não influencia o tipo de parto que virá a ocorrer (QVM, $F_{(2, 392)} = 3.00$, $p = .051$; IPP, $F_{(2, 392)} = 0.33$; $p = .723$ e VPNM-total, $F_{(2, 392)} = 1.38$, $p = .253$), como se pode constatar no Quadro 85a.

Apesar de as diferenças estatísticas não serem significativas para um nível de significância de $p > .05$, verifica-se uma significância muito próxima quando se analisa a QVM, o que levou a querer compreender onde é que se localizaria a tendência para as diferenças a partir do teste pos-hoc de Bonferroni (Quadro 85b). As diferenças com uma significância de $p = .084$ situam-se entre os partos intervencionados com fórceps e/ou ventosa e os partos por cesariana, com médias superiores no primeiro caso.

Quadro 85a. Comparação de médias da vinculação pré-natal materna conforme o tipo de parto com o teste One-Way ANOVA

<i>EVPNM</i>	<i>Tipo de parto</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2 p$	<i>P</i>
QVM	eutócico	201	91.40	8.68	2	3.00	.051	.06	.58
	forceps+ventosa	88	91.97	7.03	392				
	cesariana	106	89.24	9.61					
IPM	eutócico	201	69.31	14.52	2	0.33	.723		
	forceps+ventosa	88	69.24	13.81	392				
	cesariana	106	67.99	13.92					
EVPNM total	eutócico	201	81.10	10.11	2	1.38	.253		
	forceps+ventosa	88	81.36	8.90	392				
	Cesariana	106	79.32	10.30					

Quadro 85b. Teste pos-hoc de Bonferroni para comparação da QVM segundo o tipo de parto

<i>EVPNM</i>	<i>Tipo de parto</i>	<i>Diferença de Médias</i>	<i>p</i>	
QVM	Fórceps ou ventosa	cesariana	2.74	.084

Adicionalmente, estabeleceu-se uma correlação entre, por um lado, as variáveis da vinculação pré-natal e, por outro lado, a idade gestacional do bebê ao nascer e o seu peso. A correlação não é significativa, como se observa no Quadro 67 do Apêndice A4-4, respectivamente com a QVM ($r = -.02$, $p = .758$ e $r = -.05$; $p = .368$), com a IPM ($r = -.05$, $p = .310$ e $r = -.02$; $p = .705$) e com a VPNM total ($r = -.04$, $p = .412$ e $r = -.03$; $p = .503$).

Não se confirma a hipótese colocada, porém devemos dar atenção aos níveis médios mais elevados na vinculação total e dimensões presentes nas mulheres que vieram a ter bebês com problemas de saúde ao nascer e com diferenças significativas a um nível marginal na intensidade da preocupação materna e na vinculação pré-natal materna total.

Relativamente ao tipo de parto, a qualidade da vinculação materna durante a gravidez era mais elevada nas mulheres que vieram a ter um parto por fórceps ou ventosa em comparação com as que vieram a fazer uma cesariana, sendo a diferença estatística marginalmente significativa com $p = .05$.

2.3. Terceiro estudo - Comparação das variáveis psicológicas pré e pós-natais e influência das variáveis obstétricas no período pós-natal

H₁₁ – Existem correlações positivas e significativas entre as características psicológicas das mulheres e dos homens avaliadas no período pós-natal.

No terceiro tempo da investigação em curso, durante o período pós-natal em que participaram 67 casais (n = 114 sujeitos), pretendeu-se conhecer as características psicológicas dos mesmos neste momento do seu ciclo de vida e, também, compará-los nos períodos pré e pós-natal.

A hipótese acima colocada pressupõe que há uma associação directa entre as variáveis psicológicas dos homens e das mulheres no período pós-natal assim como foi previsto para o período pré-natal. Para testar a hipótese, foi aplicado o teste de correlação de Pearson.

Os resultados encontrados indicam que há correlações positivas e significativas entre as mulheres e os homens no período pós-natal, na vinculação pós-natal total e intensidade da preocupação, na satisfação com a vida conjugal (tanto na avaliação global como em todas as dimensões), no factor confronto e resolução activa de problemas (CRAPPE) do IRP, na dimensão ansiedade da DASS, na somatização, IGS e TSP do BSI. Pelo contrário, observa-se uma correlação negativa e significativa entre as mulheres e os homens no controlo interno/externo dos problemas (CI/EP) do IRP. As associações entre as restantes variáveis não são significativas entre os dois grupos de sujeitos.

Estes resultados mostram que há menor número de associações significativas entre as variáveis psicológicas em estudo nos casais no período após o nascimento do que no período pré-natal, o que poderá indicar que aumentam as diferenças entre os sujeitos no período pós-natal.

Apresentam-se, em seguida, os resultados estatísticos encontrados com o teste de correlação, conforme se pode consultar abaixo, no Quadro 86.

Quadro 86. Correlações de Pearson entre as características psicológicas das mulheres e dos homens no período pós-natal (n = 67)

<i>Escalas</i>	<i>Dimensões</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
EVPósN	Total2 materna vs. Total2 paterna	.27	.028
	QVM2 vs. QVP2	-.08	.517
	IPM2 vs. IPP2	.39	.001
EASAVIC	Total2 f vs. total2 m	.38	.002
	FC2 f vs. FC2 m	.32	.009
	Amor2 f vs. Amor2 m	.40	.001
	Casal2 f vs. Casal2 m	.38	.002
	Próprio2 f vs. Próprio2 m	.36	.003
	Outro2 f vs. Outro2 m	.36	.003
IRP	Total2 f vs. total2 m	.03	.847
	Pedi. Ajud.2 f vs. Pedi. Ajud.2 m	.19	.122
	C.R.A.P.2 f vs. C.R.A.P.2 m	.31	.013
	Aban.Pas.2 f vs. Aban.Pas.2 m	-.06	.653
	Cont.I/E2 f vs. Cont.I/E2 m	-.26	.033
	Est.C.E2 f vs. Est.C.E2 m	.11	.383
	PSS	Total2 f vs. total2 m	.00	.998
DASS	Total2 f vs. total2 m	.24	.057
	Depr.2 f vs. Depr.2 m	.18	.150
	Ans.2 f vs. Ans.2 m	.36	.003
	Stress2 f vs. Stress2 m	.13	.301
BSI	Som2 f vs. Som2 m	.46	.000
	O-C2 f vs. O-C2m	.13	.313
	SIP2 f vs. SIP2 m	.05	.716
	Dep.2 f vs. Dep.2 m	.19	.120
	Ans.2 f vs. Ans.2 m	.15	.223
	Host.2 f vs. Host.2 m	.04	.770
	Ans.Fób.2 f vs. Ans.Fób.2 m	.18	.152
	IP2 f vs. IP2 m	.20	.106
	P2 f vs. P2 m	.23	.060
	IGS2 f vs. IGS2 m	.25	.045
	TSP2 f vs. TPS2 m	.63	.000
	ISP2 f vs. ISP2 m	.17	.207

As correlações entre a vinculação pós-natal total materna e paterna (total2 materna vs. total2 paterna) e a intensidade da preocupação materna e paterna pós-natal com o bebê (IPM2 vs. IPP2) são positivas, moderadas e significativas, tal como verificado no período pré-natal (respectivamente $r = .270$, $p = .028$ e $r = .39$, $p = .001$). A qualidade da vinculação pós-natal entre mulheres e homens (QVM2 vs. QVP2) apresenta uma correlação fraca, negativa e não significativa ($r = -.08$, $p = .517$), o que não se observou durante a gravidez.

A satisfação com a vida conjugal pós-natal entre mulheres e homens correlaciona-se de forma positiva, significativa e moderada nas dimensões: satisfação com a vida conjugal total ($r = .38$, $p = .002$), funcionamento conjugal ($r = .32$, $p = .009$), amor ($r = .40$, $p = .001$), zona focada no casal ($r = .38$, $p = .002$), no próprio ($r = .36$, $p = .003$), no outro ($r = .36$, $p = .003$). Estes resultados são idênticos aos encontrados na amostra estudada durante a gravidez, contudo, naquele período, as correlações eram mais elevadas.

Entre mulheres e homens, o coping correlaciona-se de forma diferente conforme as dimensões, isto é, o controlo interno/externo dos problemas está associado significativa e negativamente ($r = -.26, p = .033$); o confronto e a resolução de problemas correlaciona-se moderada, positiva e significativamente ($r = .31, p = .013$) entre os sujeitos. O coping global pós-natal apresenta uma correlação positiva mas não significativa, tal como o apresentam as dimensões pedido de ajuda e controlo de emoções. O abandono passivo correlaciona-se negativamente mas de forma muito fraca e não significativa. É interessante reflectir acerca destas correlações pois durante a gravidez todas as estratégias de coping se associaram significativa e positivamente entre os grupos em análise.

O stress profissional das mulheres e dos homens no momento pós-natal não se correlaciona significativamente, ao contrário do que aconteceu na gravidez.

Os estados emocionais negativos totais, após o nascimento do filho, correlacionam-se positivamente mas com significância marginal ($r = .24, p = .057$); a ansiedade apresenta uma correlação moderada e estatisticamente significativa entre mulheres e homens no período pós-natal ($r = .36, p = .003$). A depressão e o stress entre as mulheres e os homens evidenciam correlações fracas e não significativas. No período pré-natal, as correlações foram significativas e positivas para todos os estados de humor negativos, pelo que se observa, também nestas variáveis, alterações em relação ao período pré-natal.

Para os sintomas psicopatológicos e índices totais, em mulheres e homens, as correlações são elevadas, positivas e significativas nos sintomas: somatização ($r = .46, p = .000$); IGS ($r = .25, p = .045$) e TSP ($r = .63, p = .001$). O sintoma psicoticismo entre mulheres e homens tem significância marginal ($r = .23, p = .06$). As correlações não são significativas no ISP e nos sintomas obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica e ideação paranóide, com $p > .05$, conforme se constata no Quadro 86 atrás apresentado. Na gestação, os resultados das correlações para os sintomas psicopatológicos foram mais homogéneos, uma vez que a associação em todos eles foi positiva e muito significativa, entre as mulheres e os homens da amostra.

Esta hipótese apenas se confirmou parcialmente.

H₁₂ – Existem diferenças de médias nas variáveis psicológicas das mulheres e dos homens do mesmo casal, durante o período pós-natal.

Para testar a hipótese enunciada e considerando o género como variável independente realizou-se a análise múltipla da variância (General Linear Model) com o teste para medidas repetidas junto dos casais formados por pares de mulheres e homens no momento pós-natal.

À semelhança da análise efectuada na hipótese H₂, aplicada ao período gestacional, também aqui controlamos as diferenças na idade e na escolaridade existentes entre os elementos do casal, reduzindo a variabilidade associada a essas diferenças.

O pressuposto da esfericidade observou-se em todas as variáveis, com o teste de Mauchly $\geq .05$. As variáveis psicológicas analisadas foram: a vinculação pós-natal, a satisfação com a vida conjugal, o coping, o stress profissional, os estados emocionais negativos (depressão, ansiedade e stress) e a sintomatologia psicopatológica e todas as dimensões que lhe estão associadas (Apêndice A4-5).

A aplicação do teste de medidas repetidas revelou diferenças significativas entre os casais, nas variáveis psicológicas intensidade da preocupação pós-natal (dimensão da vinculação pós-natal) e nos sintomas somatização, obsessão/compulsão e TSP da BSI, cujos quadros com a apresentação dos resultados se encontram abaixo.

Não há diferenças significativas entre mulheres e homens nas variáveis psicológicas vinculação pós-natal total, qualidade da vinculação pós-natal, satisfação com a vida conjugal total, dimensões e zonas, nas estratégias de resolução de problemas e suas dimensões, stress percebido no contexto profissional, estados de humor negativos e suas dimensões e sintomas psicopatológicos como a sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide, psicoticismo, índice de sintomas positivos e índice geral de sintomas.

Explanando os resultados com a apresentação dos valores, tal como se pode consultar no Quadro 87, verificamos que relativamente à vinculação pós-natal total e as suas dimensões (que têm valores mais elevados nas mulheres do que nos homens²²), as diferenças são estatisticamente significativas entre os pares conjugais na IP pós-natal, $F_{(63, 1)} = 9.53$, $p = .003$, $\eta^2_p = 0.13$, $P = 0.86$, onde o poder do teste é elevado e a dimensão do efeito é média. A correcção de Bonferroni confirma os resultados. Estas diferenças não se devem às diferenças de idade nem de escolaridade entre os casais.

²² Ver estatísticas descritivas da vinculação pós-natal na pág. 292, Quadro 16.

Não são significativas as diferenças na VPósN total ($F_{(63, 1)} = 3.38, p = .071, \eta^2_p = 0.05, P = 0.44$) e na QVPósN ($F_{(63, 1)} = 2.20, p = .143, \eta^2_p = 0.03, P = 0.31$). Apesar da significância marginal encontrada na vinculação pré-natal, o poder do teste é baixo.

Quadro 87. Teste de medidas repetidas, tendo em conta as covariáveis idade e escolaridade para comparação da vinculação pós-natal total (VPósN), da qualidade da vinculação pós-natal (QVPósN) e da intensidade da preocupação pós-natal (IPPósN) nos casais.

<i>Fonte de variação¹</i>	<i>Soma dos quadrados tipo III</i>	<i>GL</i>	<i>Média dos quadrados</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>η^2_p</i>	<i>P</i>
VPósN	197.30	1	197.30	3.38	.071	0.05	0.44
VPN* idades	123.76	1	123.76	2.12	.151	0.03	0.30
VPN*escolaridade	57.89	1	57.89	0.99	.323	0.02	0.17
Erro	3681.97	63	58.44				
QVPósN	131.31	1	131.31	2.201	.143	0.03	0.31
QV* idades	197.72	1	197.72	3.314	.073	0.05	0.43
QV* escolaridade	16.21	1	16.21	0.272	.604	0.00	0.08
Erro	3758.71	63	59.66				
IPPós-natal	1497.18	1	1497.18	9.53	.003	0.13	0.86
IP*idades	38.57	1	38.57	0.245	.622	0.00	0.08
IP*escolaridade	148.57	1	148.57	0.95	.334	0.02	0.16
Erro	9895.36	63	157.07				

¹Esféricidade assumida através do teste de Mauchly $\geq .05$

Correcção de Bonferroni, $p = .017$

A satisfação com a vida conjugal não é significativamente diferente entre os membros dos casais, embora as mulheres estejam, em média, menos satisfeitas na conjugalidade global e nas suas dimensões (excepto na dimensão Amor) do que os homens²³.

Os resultados obtidos e que podem ser consultados no Quadro 68 do Apêndice A4-5 foram os seguintes: vinculação pré-natal total, $F_{(62, 1)} = 0.56, p = .457$; funcionamento conjugal, $F_{(62, 1)} = 1.43, p = .237$; amor, $F_{(63, 1)} = 0.12, p = .735$; zona focada no casal, $F_{(63, 1)} = 0.64, p = .42$; no outro, $F_{(63, 1)} = 1.33, p = .254$ e no próprio, $F_{(62, 1)} = 0.02, p = .893$.

As estratégias de resolução de problemas são semelhantes nos casais, entre a mulher e o homem. O coping estudado e as suas dimensões não diferem significativamente entre os elementos dos casais, embora os níveis apresentados sejam superiores nos homens²⁴.

Os resultados podem ser consultados no Quadro 69 do Apêndice A4-5 e, em síntese, são os seguintes: coping total, $F_{(61, 1)} = 2.43, p = .124$; pedido de ajuda, $F_{(62, 1)} = 0.37, p = .547$; confronto e resolução activa dos problemas e planificação da estratégia, $F_{(61, 1)} = 3.88, p = .053$; abandono passivo perante a situação, $F_{(62, 1)} = 0.001, p = .974$; controlo

²³ Ver estatísticas descritivas da EASAVIC aplicada no terceiro estudo na pág. 280, Quadro 14.

²⁴ Ver estatísticas descritivas do IRP aplicado no terceiro estudo no Quadro 18 na pág. 399.

interno/externo dos problemas, $F_{(62, 1)} = 0.11$, $p = .741$ e estratégias de controlo das emoções, $F_{(62, 1)} = 0.30$, $p = .585$. Note-se a significância marginal apresentada no factor confronto e resolução activa dos problemas e planificação da estratégia. Esta não é confirmada pelas restantes estatísticas, pelo que não é considerada.

No casal, o stress profissional é mais elevado nas mulheres do que nos homens, mas o seu efeito não é significativo ($F_{(59, 1)} = 0.12$, $p = .726$), como se pode constatar no Quadro 70 do Apêndice A4-5. Os estados emocionais negativos não diferem significativamente no casal, no total ($F_{(62, 1)} = 0.38$, $p = .538$) e nas suas dimensões, a depressão ($F_{(63, 1)} = 0.22$, $p = .641$), a ansiedade ($F_{(62, 1)} = 0.48$, $p = .490$) e o stress ($F_{(63, 1)} = 1.29$, $p = .260$) e estes resultados podem, também eles, ser observados no Apêndice A4-5, Quadro 71.

No que se refere aos sintomas psicopatológicos entre os membros do casal (que são, em média, mais elevados nas mulheres do que nos homens²⁵), os resultados das diferenças de médias podem ser observados no Apêndice A4-5, Quadro 72. Embora haja dois sintomas e um total em que essas diferenças são significativas, optámos por não colocar o quadro no corpo do texto e remeter a sua consulta para apêndice.

Os casais diferem estatisticamente na somatização ($F_{(63, 1)} = 11.16$, $p = .001$, $\eta^2_p = 0.15$, $P = 0.91$), nas obsessões-compulsões ($F_{(63, 1)} = 4.18$, $p = .045$, $\eta^2_p = 0.06$, $P = 0.52$) e no total de sintomas positivos ($F_{(64, 1)} = 5.63$, $p = .021$, $\eta^2_p = 0.06$, $P = 0.51$). Em nenhum dos casos as diferenças são devidas à idade ou à escolaridade. Na somatização há que realçar a magnitude do efeito média e o elevado poder do teste, resultados que nos permitem assegurar noutras amostras, as diferenças no casal em relação a este aspecto. Contudo, o mesmo não acontece na obsessão/compulsão e no TSP, cuja magnitude do efeito é baixa e o poder do teste é também baixo, não permitindo assegurar as conclusões em amostras diferentes. Em rigor, aceitamos as diferenças de médias apenas na somatização.

Não se encontram diferenças estatisticamente significativas nos seguintes sintomas e totais: sensibilidade interpessoal ($F_{(63, 1)} = 0.46$, $p = .499$), depressão ($F_{(63, 1)} = 0.74$, $p = .394$), ansiedade ($F_{(63, 1)} = 0.18$, $p = .677$), hostilidade ($F_{(63, 1)} = 1.55$, $p = .218$), ansiedade fóbica ($F_{(63, 1)} = 2.37$, $p = .129$), ideação paranóide ($F_{(63, 1)} = 0.01$, $p = .916$), psicoticismo ($F_{(63, 1)} = 1.18$, $p = .281$), índice geral de sintomas ($F_{(63, 1)} = 2.31$, $p = .133$) e índice de sintomas positivos ($F_{(56, 1)} = 0.05$, $p = .829$). Foi tida em conta a correcção de Bonferroni.

A hipótese em estudo confirma-se parcialmente.

²⁵ Ver estatísticas descritivas do BSI aplicado no terceiro estudo no Quadro 12 na pág. 274.

H₁₃ - Existem correlações positivas e significativas entre as características psicológicas avaliadas na gravidez e avaliadas após o parto tanto nas mulheres como nos homens.

A partir do estudo da hipótese proposta, é possível compreender a relação entre as variáveis psicológicas dos sujeitos entre dois momentos distintos. Esta hipótese desdobra-se em duas partes. Numa parte, analisa-se a associação das variáveis psicológicas das mulheres entre os períodos pré e pós-natais e, na outra, a associação das variáveis psicológicas dos homens, nos mesmos períodos. A estratégia utilizada foi a testagem com o teste de correlação de Pearson.

As variáveis psicológicas das mulheres da sub-amostra entre os períodos pré e pós-natal estão correlacionadas positiva e significativamente à excepção da zona conjugal focada no próprio, do TSP (total de sintomas positivos do BSI) e do factor abandono passivo, do IRP. No entanto, a correlação relativa ao TSP tem uma significância marginal.

Ao analisar a correlação entre os períodos pré e pós-natal nos homens em estudo, verifica-se que todas as correlações são positivas e significativas, exceptuando o factor confronto e resolução activa dos problemas (do IRP), cuja correlação é fraca, positiva e não significativa.

Os resultados estatísticos podem ser observados no Quadro 88 e são os seguintes: A vinculação materna total tem uma correlação positiva forte e muito significativa entre os dois períodos pré e pós-natal ($r = .61, p = .000$). A qualidade da vinculação e a intensidade da preocupação apresentam, igualmente, correlações positivas, fortes e muito significativas (respectivamente, $r = .40, p = .001$ e $r = .56, p = .000$) nas mulheres entre os dois momentos.

A EASAVIC, total e dimensões, apresentou correlações positivas cujo nível de significância é $p = .000$, com excepção da zona focada no próprio. Quanto aos valores da correlação, estes são elevados e variam entre $r = .50$, para a zona focada no casal, e $r = .54$, para o funcionamento conjugal e para a zona focada no outro. A zona focada no próprio não se correlaciona significativamente entre os homens e as mulheres e a correlação é muito baixa ($r = .15, p = .229$).

As estratégias de resolução de problemas estão correlacionadas significativa e positivamente em quase todas as dimensões: total ($r = .60, p = .000$), pedido de ajuda ($r = .40, p = .001$), confronto e resolução activa dos problemas ($r = .30, p = .013$), controlo interno/externo ($r = .57, p = .000$) e estratégias de controlo das emoções ($r = .62, p = .000$).

A dimensão abandono passivo não está correlacionada significativamente entre os dois períodos ($r = .19, p = .132$).

O stress profissional evidencia uma correlação estatisticamente significativa e moderada, entre os dois momentos ($r = .45, p = .000$). O mesmo se verifica nos estados emocionais negativos, cujas correlações são positivas e significativas, no total ($r = .40, p = .001$), depressão ($r = .25, p = .041$), ansiedade ($r = .39, p = .001$) e stress ($r = .46, p = .000$).

Os sintomas psicopatológicos estão positiva, moderada e significativamente correlacionados em todos os casos, excepto no TSP em que a significância observada é marginal e a correlação é muito baixa ($r = .09, p = .083$).

Quadro 88. Correlações de Pearson entre as características psicológicas das mulheres no período pré-natal e no período pós-natal

<i>Escalas</i>	<i>Dimensões</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Femininas			
EVPNM	Total 1 vs. total 2	.61	.000
EVPósNM	QVM1 vs. QVM2	.40	.001
	IPM1 vs. IPM2	.56	.000
EASAVIC-F	Total 1 vs. total 2	.52	.000
	FC 1vs. FC 2	.54	.000
	Amor 1vs. Amor2	.51	.000
	Casal 1vs. casal 2	.50	.000
	Próprio 1vs. próprio 2	.15	.229
	Outro 1vs. outro 2	.54	.000
IRP-F	Total 1 vs. total 2	.60	.000
	Pedi. ajud. 1vs. pedi. ajud. 2	.40	.001
	C.R.A.P. 1vs. C.R.A.P. 2	.30	.013
	Aban.Pas. 1 vs. Aban.Pas 2	.19	.132
	Cont.I/E 1vs. Cont.I/E 2	.57	.000
	Est.C.E 1vs. Est.C.E 2	.62	.000
PSS-F	Total 1 vs. total 2	.45	.000
DASS-F	Total 1 vs. total 2	.40	.001
	Depr. 1vs. Depr. 2	.25	.041
	Ans. 1vs. Ans. 2	.39	.001
	Stress 1vs. Stress 2	.46	.000
BSI-F	Som 1vs. Som 2	.46	.000
	O-C 1 vs. O-C2	.47	.000
	SIP 1vs. SIP 2	.40	.001
	Dep. 1vs. Dep. 2	.38	.002
	Ans. 1vs. Ans. 2	.50	.000
	Host. 1vs. Host. 2	.52	.000
	Ans.Fób. 1vs. Ans.Fób. 2	.47	.000
	IP 1vs. IP 2	.49	.000
	P 1vs. P 2	.47	.000
	IGS 1vs. IGS2	.55	.000
	TPS 1vs. TPS 2	.09	.083
	ISP 1vs. ISP 2	.45	.000

Nos homens, os resultados do teste de correlação efectuada entre os períodos pré e pós-natal, podem ser observados no Quadro 89, a seguir apresentado.

Quadro 89. Correlações de Pearson entre as características psicológicas dos homens no período pré-natal e no período pós-natal

<i>Escalas</i>	<i>Dimensões</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
<i>Masculinas</i>			
EVPNP	Total 1 vs. Total 2	.45	.000
EVPósNP	QVP1 vs. QVP2	.29	.017
	IPP1 vs. IPP2	.52	.000
EASAVIC-M	Total 1 vs. total 2	.48	.000
	FC 1 vs. FC 2	.47	.000
	Amor 1vs. Amor 2	.46	.000
	Casal 1 vs. Casal 2	.50	.000
	Próprio 1vs. Próprio 2	.46	.000
	Outro 1 vs. Outro 2	.44	.000
IRP-M	Total 1 vs. total 2	.78	.000
	Pedi. Ajud. 1 vs. Pedi. Ajud. 2	.62	.000
	C.R.A.P. 1 vs. C.R.A.P. 2	.03	.830
	Aban.Pas. 1 vs. Aban.Pas 2	.25	.042
	Cont.I/E 1vs. Cont.I/E 2	.64	.000
	Est.C.E 1vs. Est.C.E 2	.45	.000
PSS-M	Total 1 vs. total 2	.58	.000
DASS-M	Total 1 vs. total 2	.67	.000
	Depr. 1 vs. Depr. 2	.78	.000
	Ans. 1 vs. Ans. 2	.32	.008
	Stress 1 vs. Stress 2	.59	.000
BSI-M	Som 1 vs. Som 2	.64	.000
	O-C 1 vs. O-C2	.68	.000
	SIP 1vs. SIP2	.70	.000
	Dep. 1 vs. Dep. 2	.81	.000
	Ans. 1vs. Ans. 2	.69	.000
	Host. 1 vs. Host. 2	.59	.000
	Ans.Fób. 1 vs. Ans.Fób. 2	.53	.000
	IP 1 vs. IP 2	.64	.000
	P 1vs. P 2	.66	.000
	IGS 1 vs. IGS2	.77	.000
	TPS 1vs. TPS 2	.12	.014
	ISP 1 vs. ISP 2	.59	.000

A vinculação ao feto está associada à vinculação ao bebé, tanto na escala total ($r = .45$, $p = .000$), como na qualidade da vinculação paterna ($r = .29$, $p = .017$) e na intensidade da preocupação paterna ($r = .52$, $p = .000$). A satisfação com a vida conjugal dos homens correlaciona-se entre os dois períodos de forma positiva, significativa ($p = .000$) e moderada, quer no total ($r = .48$), quer no FC ($r = .47$), no Amor ($r = .46$), na zona focada no casal ($r = .50$), no próprio ($r = .46$) e no outro ($r = .44$).

As estratégias de resolução de problemas, à excepção do CRAPPE, cuja correlação não é significativa ($r = .03$, $p = .830$), estão associadas positiva e significativamente entre os dois momentos. Essas estratégias são: coping total ($r = .78$, $p = .000$), pedido de ajuda (r

= .62, $p = .000$), abandono passivo ($r = .25$, $p = .042$), controlo interno/externo ($r = .64$, $p = .000$) e estratégias de controlo emocional ($r = .45$, $p = .000$).

O stress profissional nos homens correlaciona-se entre os dois períodos de modo moderado, positivo e significativo ($r = .45$, $p = .000$), assim como os estados emocionais negativos, total e suas dimensões, se correlacionam significativamente variando as correlações entre $r = .32$, na ansiedade e $r = .78$, na depressão.

Os sintomas psicopatológicos estão todos correlacionados positiva e significativamente, conforme se pode observar no mesmo quadro de apresentação destes resultados (Quadro 89). O nível de significância, em todos os sintomas e índices é de $p = .000$. O TSP tem um $p = .014$, igualmente significativo e $r = .12$. Exceptuando o TSP, as correlações oscilam entre $r = .53$, no caso da ansiedade fóbica e $r = .81$ no caso da depressão. A maioria das correlações é alta ou moderada, nos sintomas psicopatológicos, entre os períodos em análise.

H₁₄ – Existem diferenças significativas entre as médias das variáveis psicológicas observadas nos períodos pré e pós-natal, tanto em mulheres como em homens.

Os resultados obtidos nas variáveis psicológicas antes e depois do parto foram comparados, através do teste t de Student para amostras emparelhadas, nas mulheres e, em seguida, nos homens que constituem os casais da sub-amostra respondente à solicitação para participarem na terceira fase do estudo (Apêndice A4-6.).

Começando pela síntese dos resultados obtidos nas mulheres, verifica-se que estas se diferenciam entre os dois momentos da sua vida, num conjunto importante de variáveis, tais como: o stress que se encontra aumentado no período pós-natal; os sintomas psicopatológicos (obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, hostilidade, ideação paranóide, psicoticismo, índice geral de sintomas, total de sintomas positivos e índice de sintomas positivos) com aumento dos níveis de toda esta sintomatologia no período pós-natal; a satisfação com a vida conjugal, onde se observa o decréscimo, com diferenças significativas, do primeiro para o segundo tempo, nos níveis de todas as dimensões e do total, à excepção da zona focada no próprio cuja significância é marginal.

Entre a vinculação ao bebé no período pós-natal e a vinculação ao feto no período pré-natal, não se encontram diferenças estatisticamente significativas, nem no total da vinculação nem na qualidade da mesma e na intensidade da preocupação materna.

As estratégias de resolução de problemas diferem significativamente entre os dois períodos no controlo interno/externo dos problemas que aumenta no período pós-natal.

Em resumo, na mulher, as mudanças mais importantes a assinalar dizem respeito ao agravamento do stress, ao agravamento em seis sintomas psicopatológicos e totais, à diminuição significativa da satisfação conjugal em todas as dimensões e a valores mais elevados no controlo interno/externo dos problemas.

A análise dos resultados encontrados nos homens mostra que há diferenças significativas, entre os dois períodos em avaliação, na vinculação, com o incremento dos respectivos níveis no período pós-natal e com diferenças muito significativas quer para a vinculação total, quer para a qualidade da vinculação, quer ainda para a intensidade da preocupação do pai com o bebé.

Diferenças significativas são, também, encontradas na satisfação conjugal que decresce do primeiro para o segundo momento, tanto na avaliação global como em quase todas as dimensões. As diferenças não são significativas no que diz respeito ao funcionamento conjugal.

O uso do controlo interno/externo dos problemas, dimensão do IRP, está significativamente aumentado no período pós-natal, tal como nas mulheres. As restantes estratégias de coping e o coping total não diferem entre os dois períodos. O stress profissional mostra não ser diferente nos homens, quer estejam a acompanhar a gravidez, quer se encontrem a viver o início da paternidade, assim como não mudam, nos homens, os estados emocionais negativos. A ansiedade decresce um pouco mas a diferença não é significativa.

As avaliações relativas aos sintomas psicopatológicos mantêm-se estáveis, por vezes com ligeiros aumentos, mas não significativos. A ideação paranóide tem um aumento do período pré para o pós-natal, cuja significância é marginal. Os TSP e o ISP, no entanto, diferem significativamente entre os dois tempos com decréscimo muito significativo do TSP e aumento significativo do ISP.

Nos homens, as mudanças mais importantes a serem consideradas no período pós-natal são o aumento dos índices de vinculação ao bebé, o decréscimo na satisfação com a vida conjugal (excepto no FC), o acréscimo (embora marginal) da ideação paranóide e do ISP e o decréscimo do TSP e o aumento no controlo interno/externo dos problemas.

Explanando os resultados e apresentando os valores estatísticos, verifica-se que as mulheres, no que diz respeito ao stress profissional, não mostram diferenças entre os dois períodos, antes e depois da gravidez, mantendo semelhantes as médias dos níveis de stress

no contexto laboral ($t_{(60)} = 0.97, p = .335$), como se pode observar no Quadro 73 do Apêndice A4-6.

Os estados emocionais negativos, no seu global, avaliados pela DASS total, não se alteraram, em média entre os dois momentos ($t_{(65)} = -1.44, p = .155$), assim como não há diferenças nos níveis de depressão ($t_{(66)} = -1.48, p = .144$) e de ansiedade ($t_{(65)} = 1.39, p = .170$). Pelo contrário, a avaliação do stress nas mulheres aumentou no período pós-natal, com valores médios mais elevados e diferenças estatisticamente significativas ($t_{(66)} = -2.05, p = .045$), quando comparado com o período da gravidez, conforme resultados expressos no Quadro 90, abaixo apresentado.

Quadro 90. Comparação de médias, com o teste t de Student para amostras emparelhadas, da DASS-42 e suas dimensões observadas nas mulheres no período pré (1) e pós-natal (2)

DASS-42/Dimensões(n=67)		M	DP	t	GL	p
Depressão (14 itens)	1	2.61	3.34	-1.48	66	.144
	2	3.76	6.31			
Ansiedade (9 itens)	1	3.26	2.85	1.39	65	.170
	2	2.59	4.00			
Stress (14 itens)	1	8.28	6.03	-2.05	66	.045
	2	10.21	8.32			
Global (37 itens)	1	15.56	12.17	-1.44	65	.155
	2	18.92	20.33			

A análise dos sintomas psicopatológicos avaliados pelo BSI nos dois momentos (antes e após o parto) apresenta um conjunto de alterações importantes nestas mulheres, com aumento dos níveis médios dos sintomas psicopatológicos no período pós-natal.

Pode ser notado no Quadro 91, abaixo apresentado que não se encontraram diferenças significativas apenas em três dos sintomas avaliados, a somatização, a ansiedade e a ansiedade fóbica com $p > .05$. Em todos os outros sintomas e índices, as diferenças de médias foram estatisticamente significativas, com aumento dos níveis de sintomatologia e índices totais no segundo momento de avaliação. São eles: obsessões-compulsões ($t_{(66)} = -3.03, p = .003$); sensibilidade interpessoal ($t_{(66)} = -2.44, p = .017$); depressão ($t_{(66)} = -2.12, p = .038$); hostilidade ($t_{(66)} = -2.89, p = .005$); ideação paranóide ($t_{(66)} = -3.13, p = .003$); psicoticismo ($t_{(66)} = -2.21, p = .031$); IGS ($t_{(66)} = -2.59, p = .012$); TSP ($t_{(66)} = 20.14, p = .000$) e ISP ($t_{(66)} = -2.79, p = .007$).

Quadro 91. Teste *t* de Student para amostras emparelhadas de comparação de médias no BSI e suas dimensões nas mulheres no período pré (1) e pós-natal(2)

<i>BSI/Dimensões (n=67)</i>		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
Somatização	1	0.43	0.44			
(7 itens)	2	0.49	0.65	-0.82	66	.416
Obsessões-compulsões	1	0.69	0.48			
(6 itens)	2	0.93	0.71	-3.03	66	.003
Sensibilidade interpers.	1	0.35	0.48			
(4 itens)	2	0.56	0.71	-2.44	66	.017
Depressão	1	0.28	0.33			
(6 itens)	2	0.45	0.67	-2.12	66	.038
Ansiedade	1	0.40	0.40			
(6 itens)	2	0.49	0.58	-1.47	66	.147
Hostilidade	1	0.45	0.41			
(5 itens)	2	0.65	0.68	-2.89	66	.005
Ansiedade fóbica	1	0.26	0.32			
(5 itens)	2	0.30	0.50	-0.80	66	.429
Ideação paranóide	1	0.53	0.55			
(5 itens)	2	0.78	0.70	-3.13	66	.003
Psicoticismo	1	0.30	0.37			
(5 itens)	2	0.46	0.66	-2.21	66	.031
Índice Geral	1	0.42	0.34			
de Sintomas	2	0.57	0.57	-2.59	66	.012
Total Sintomas	1	18.91	3.63			
Positivos	2	3.18	9.18	20.14	66	.000
Índice Sintomas	1	1.26	0.25			
Positivos (n=380)	2	1.40	0.44	-2.79	64	.007

A satisfação com a vida conjugal decresce muito significativamente no período pós-natal em relação ao tempo de gravidez, quer globalmente ($t_{(66)} = 5.25, p = .000$), quer nas dimensões avaliadas que são o funcionamento conjugal ($t_{(66)} = 5.77, p = .000$) e o amor ($t_{(66)} = 4.32, p = .001$) e nas zonas focadas no casal ($t_{(66)} = 5.53, p = .000$) e no outro ($t_{(66)} = 4.92, p = .001$). A zona da satisfação com a vida conjugal cujo foco é o próprio mostra diferenças de médias não significativas entre os dois momentos para o nível de significância estudado, no entanto, está muito próximo deste valor, $p = .053$, com $t_{(66)} = 1.97$ e, tal como os restantes factores estudados, tem média inferior no período pós-natal. Estes resultados podem ser observados no Quadro 92.

Quadro 92. Teste *t* de Student para amostras emparelhadas de comparação de médias da EASAVIC e suas dimensões, nas mulheres no período pré (1) e pós-natal (2)

<i>EASAVIC/Dimensões</i>		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
Funcionamento	1	82.39	13.08	5.77	66	.000
Conjugal (18 itens)	2	73.36	13.51			
Amor	1	132.39	15.40	4.32	66	.000
(26 itens)	2	122.16	21.99			
Casal	1	73.18	11.43	5.53	66	.000
(16 itens)	2	64.81	13.22			
Próprio	1	69.22	9.02	1.97	66	.053
(14 itens)	2	66.13	10.56			
Outro	1	70.40	8.83	4.92	66	.000
(14 itens)	2	64.58	11.03			
EASAVIC Global	1	214.78	26.83	5.25	66	.000
(44 itens)	2	195.52	33.43			

A vinculação materna ao novo ser, seja ele feto ou bebé, não sofre alterações estatisticamente significativas mantendo-se as médias muito próximas entre os dois períodos quer seja na QVM ($t_{(66)} = -0.44, p = .663$), na IPM ($t_{(66)} = 1.03, p = .309$) ou na vinculação materna total ($t_{(66)} = 0.55, p = .586$), como se pode observar no Quadro 74 do Apêndice A4-6.

O estudo comparativo do coping (cf. Quadro 93) mostra que as mães aumentam, no período pós-natal, o controlo interno/externo dos problemas (CI/EP), com diferenças significativas ($t_{(66)} = -6.50, p = .000$). O coping total e as restantes dimensões não se alteraram entre os dois tempos avaliados: pedido de ajuda (PA), $t_{(66)} = 1.28, p = .207$; confronto e resolução activa dos problemas e planificação da estratégia (CRAPPE), $t_{(65)} = 0.85, p = .400$; abandono passivo perante a situação (APS), $t_{(66)} = -0.18, p = .862$; estratégias de controlo das emoções (ECE), $t_{(66)} = -0.19, p = .853$ e IRP - total, $t_{(65)} = 1.14, p = .257$.

Quadro 93. Teste *t* de Student para amostras emparelhadas de comparação de médias no IRP e suas dimensões nas mulheres no período pré (1) e pós-natal (2)

<i>IRP/Dimensões</i>		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
Pedido de Ajuda (4 itens)	1	13.55	2.87	1.28	66	.207
	2	13.00	3.55			
Confronto e resolução activa dos problemas e planificação da estratégia (9 itens)	1	32.02	4.89	0.85	65	.400
	2	31.44	4.52			
Abandono Passivo perante a Situação (3 itens)	1	13.36	2.11	- 0.8	66	.862
	2	13.42	1.76			
Controlo Interno/Externo dos Problemas (8 itens)	1	28.01	3.89	- 6.50	66	.000
	2	31.33	4.89			
Estratégias de Controlo das Emoções (3 itens)	1	12.40	2.34	- 0.19	66	.853
	2	12.45	2.16			
IRP Global (34 itens)	1	135.15	10.93	1.14	65	.257
	2	133.73	11.62			

Os homens apresentam algumas diferenças significativas na sua organização psicológica entre os períodos pré e pós-natal, mas também em relação aos resultados encontrados nas mulheres.

Quanto ao stress percebido no contexto profissional, não há diferenças de médias estatisticamente significativas, entre os dois períodos ($t_{(61)} = 0.93, p = .357$), conforme se pode observar no Quadro 75 do Apêndice A4-6, tal como se verificou nas mulheres.

O estado emocional dos homens, avaliado pela DASS, não se alterou entre os dois momentos, nem a nível global ($t_{(65)} = - 0.34, p = .733$), nem a nível das dimensões depressão ($t_{(66)} = - 0.26, p = .800$), ansiedade ($t_{(65)} = 0.89, p = .376$) ou stress ($t_{(65)} = - 0.21, p = .831$), resultados expostos no Quadro 76 do Apêndice A4-6. Nas mulheres, houve um aumento importante na avaliação do stress depois de o filho nascer.

Os sintomas psicopatológicos dos homens avaliados pelo BSI mantêm-se idênticos aos apresentados durante o período de gravidez (Quadro 77, do Apêndice A4-6). Embora todas as médias aumentem no período pós-natal, as diferenças não são estatisticamente significativas (no caso da ideação paranóide, a significância é marginal, com $p = .096, t_{(65)} = - 1.69$). Nos totais, o resultado é um pouco diferente, pois o IGS não se diferencia, em média, entre os dois momentos ($t_{(65)} = - 1.60, p = .114$), mas o TSP decresce significativamente do primeiro para o segundo momento ($t_{(65)} = 18.70, p = .000$) e o ISP aumenta ($t_{(56)} = - 2.96, p = .004$) de forma estatisticamente significativa. Nas mulheres, um conjunto muito importante destes sintomas agravou-se no período pós-natal.

A satisfação com a vida conjugal dos pais apresenta diferenças significativas entre as médias observadas nos dois períodos, com decréscimo das mesmas. Como se apresenta

abaixo no Quadro 94, apenas a satisfação com o funcionamento conjugal se mantém sem diferenças estatisticamente significativas ($t_{(64)} = 1.01, p = .318$), embora se observe igualmente uma diminuição nos seus valores. Pode-se inferir que os homens mantêm a satisfação com o funcionamento conjugal, o que não acontece com as mulheres para quem, nesta dimensão, houve um decréscimo significativo.

Os homens estão significativamente menos satisfeitos com o amor ($t_{(65)} = 2.92, p = .005$), com a vida conjugal global ($t_{(64)} = 2.26, p = .027$), com a zona focada no casal ($t_{(65)} = 2.04, p = .046$), no próprio ($t_{(65)} = 2.56, p = .013$), ou no outro ($t_{(65)} = 2.11, p = .039$).

Quadro 94. Teste *t* de Student para amostras emparelhadas de comparação de médias na EASAVIC e suas dimensões nos homens no período pré (1) e pós-natal (2)

<i>EASAVIC/Dimensões</i>		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
Funcionamento Conjugal (18 itens)	1	77.39	13.00	1.01	64	.318
	2	75.55	15.24			
Amor (26 itens)	1	129.36	17.03	2.92	65	.005
	2	122.00	21.72			
Casal (16 itens)	1	68.80	11.20	2.04	65	.046
	2	65.71	13.28			
Próprio (14 itens)	1	69.63	8.76	2.56	64	.013
	2	66.34	10.85			
Outro (14 itens)	1	68.38	9.59	2.11	65	.039
	2	65.33	12.19			
EASAVIC Global (44 itens)	1	207.03	28.27	2,26	64	.027
	2	197.88	34.84			

No que se refere à vinculação ao bebé, esta é diferente conforme se trate de feto ou de um bebé e os pais estão, em média, muito mais vinculados ao bebé no período pós-natal do que ao feto durante a gravidez quer na QV ($t_{(65)} = - 5.59, p = .000$), na IP ($t_{(65)} = - 3.80, p = .000$) ou na Vinculação total ($t_{(65)} = - 5.67, p = .000$), como se pode observar nos resultados apresentados abaixo, no Quadro 95.

Quadro 95. Teste *t* de Student para amostras emparelhadas de comparação de médias na EVPósN e suas dimensões nos homens no período pré (1) e pós-natal (2)

<i>EVPN/Dimensões</i>		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
Qualidade da Vinculação paterna	1	82.93	11.83	-5.59	65	.000
	2	91.29	7.89			
Intensidade da Preocupação paterna	1	51.77	18.11	-3.80	65	.000
	2	59.66	16.18			
Total Paterna (15 itens)	1	70.47	12.65	-5.67	65	.000
	2	78.64	8.63			

As estratégias de coping utilizadas pelos homens (cf. Quadro 96), tal como se verificou nas mulheres, diferenciam-se estatisticamente no que diz respeito ao controlo interno/externo dos problemas (CI/EP), com aumento significativo das médias ($t_{(64)} = -7.79, p = .001$). Não se observam diferenças nas médias do coping total ($t_{(64)} = -0.80, p = .425$), pedido de ajuda - PA ($t_{(64)} = -0.04, p = .970$), controlo e resolução activa dos problemas e planificação da estratégia - CRAPPE ($t_{(64)} = -1.18, p = .243$), abandono passivo perante a situação - APS ($t_{(64)} = -0.50, p = .617$) nem nas estratégias de controlo das emoções - ECE ($t_{(64)} = -1.35, p = .181$).

Quadro 96. Teste *t* de Student para amostras emparelhadas de comparação de médias no IRP e suas dimensões nos homens no período pré (1) e pós-natal (2)

<i>IRP/Dimensões</i>	<i>Período</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
Pedido de Ajuda (4 itens)	1	13.91	3.40	-0.04	64	.970
	2	13.92	3.93			
Confronto e resolução activa dos problemas e planificação da estratégia (9 itens)	1	31.94	4.92	-1.18	64	.243
	2	33.05	5.86			
Abandono Passivo perante a Situação (3 itens)	1	13.51	2.01	-0.50	64	.617
	2	13.65	1.59			
Controlo Interno/Externo dos Problemas (8 itens)	1	29.15	4.27	-7.79	64	.000
	2	32.59	4.15			
Estratégias de Controlo das Emoções (3 itens)	1	13.28	1.66	1.35	64	.181
	2	12.94	2.11			
IRP Global (34 itens)	1	138.83	12.45	-0.80	64	.425
	2	139.63	11.28			

Face aos resultados obtidos, pode afirmar-se que a hipótese enunciada se confirma parcialmente.

H₁₅ – Existe uma diferença significativa entre a vinculação pós-natal quer nas mães quer nos pais, segundo a ocorrência, ou não, de problemas de saúde do recém-nascido no momento do nascimento.

A hipótese enunciada pressupõe que a ocorrência de problemas de saúde no bebé no momento do nascimento influencia a vinculação pós-natal em mães e pais.

A análise dos resultados, conforme se apresentam no Quadro 78 do Apêndice A4-7, mostra que a vinculação pós-natal de cada progenitor ao seu bebé é, em média, superior no

caso dos bebês que apresentaram problemas de saúde no momento do nascimento, mas essas diferenças não são estatisticamente significativas nem na vinculação pós-natal materna nem na vinculação pós-natal paterna e suas dimensões (QVM, $t_{(65)} = -0.76$, $p = .447$; QVP, $t_{(64)} = -0.19$, $p = .848$; IPM, $t_{(65)} = -0.72$, $p = .476$; IPP, $t_{(64)} = -0.54$, $p = .588$; EVPósNM total, $t_{(65)} = -0.86$, $p = .393$ e EVPósNP total, $t_{(64)} = -0.51$, $p = .610$).

Adicionalmente, testámos a diferença de médias entre a vinculação ao bebê e o tipo de parto (cf. Quadro 79 do Apêndice A4-7) e verificámos que a vinculação de qualquer dos progenitores ao bebê não foi influenciada pelo tipo de parto. Nas mães: QVM2, $F_{(2, 64)} = 0.61$, $p = .547$; IPM2, $F_{(2, 64)} = 1.66$, $p = .198$ e VPósNM total, $F_{(2, 64)} = 1.31$, $p = .277$. Nos pais, QVP2, $F_{(2, 63)} = 0.61$, $p = .550$; IPP2, $F_{(2, 63)} = 0.35$, $p = .710$ e VPósNP total, $F_{(2, 63)} = 0.48$, $p = .620$.

Apresentam-se os resultados de duas variáveis cujo estudo foi feito através do teste de correlação, por se considerar que contribuirá para a compreensão e discussão dos mesmos.

Testámos a correlação entre a idade gestacional do bebê e a vinculação pós-natal das mães e dos pais aos filhos (conforme Quadro 80 do A4-7). A vinculação pós-natal materna total e a IPM2 não se correlacionam significativamente com a idade gestacional ($r = -.06$, $p = .314$ e $r = -.01$, $p = .470$, respectivamente). A associação entre a idade gestacional e a QVM2 é negativa e tem significância estatística marginal ($r = -.17$, $p = .084$). Este resultado deve continuar a ser estudado em investigações posteriores.

Nos pais, não há correlação significativa entre a idade gestacional do bebê ao nascer e a vinculação pós-natal paterna ($r = -.03$, $p = .422$), a qualidade da vinculação paterna pós-natal ($r = -.09$, $p = .248$) e a intensidade da preocupação paterna pós-natal ($r = -.10$, $p = .223$).

Esta hipótese rejeita-se integralmente. Porém, as análises adicionais remetem-nos para a necessidade de estudar as relações entre a idade gestacional e a qualidade da vinculação pós-natal materna.

H₁₆ - Existem correlações positivas e significativas entre a satisfação com a vida conjugal no período pós-natal e a vinculação pós-natal ao bebé, tanto nas mães como nos pais.

Com esta hipótese pretendemos saber quais as associações entre a conjugalidade e a vinculação ao bebé seis a doze meses após o parto em cada um dos elementos do casal. A satisfação com a vida conjugal, quer nos homens quer nas mulheres, decresceu do período pré para o pós-natal e a vinculação ao bebé manteve-se nas mães e aumentou nos pais, conforme se observa no Quadro 97.

Quadro 97. Correlações de Pearson entre a vinculação pós-natal materna e a satisfação com a vida conjugal materna e entre a vinculação pós-natal paterna e a satisfação com a vida conjugal paterna, no período pós-natal

<i>Escala/dimens</i>	<i>QVM2</i>		<i>IPM2</i>		<i>EVPosNM2 Total</i>	
EASAVIC-F	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
TOTAL	.32	.009	-.004	.977	.13	.307
FUN.CONJ	.25	.044	-.10	.403	.02	.858
AMOR	.23	.007	.06	.639	.18	.147
CASAL	.24	.056	-.07	.580	.04	.723
PRÓPRIO	.36	.003	-.05	.665	.19	.128
OUTRO	.33	.006	-.02	.874	.15	.221
	<i>QVP2</i>		<i>IPP2</i>		<i>EVPosNP2 Total</i>	
EASAVIC-M	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
TOTAL	.27	.032	-.16	.204	.03	.836
FUN.CONJ	.33	.008	-.24	.054	-.001	.994
AMOR	.20	.116	-.09	.456	.04	.768
CASAL	.29	.019	-.20	.115	.01	.927
PRÓPRIO	.28	.026	-.16	.210	.02	.789
OUTRO	.19	.121	-.12	.348	.02	.889

Nas mulheres, verifica-se que as correlações são positivas e significativas entre a QVM2 e a satisfação com a vida conjugal global ($r = .32$, $p = .009$), o funcionamento conjugal ($r = .25$, $p = .044$), o amor ($r = .33$, $p = .007$), a zona focada no próprio ($r = .36$, $p = .003$) e no outro ($r = .33$, $p = .006$). Quando o foco é o casal, a significância é marginal ($r = .24$, $p = .056$), ainda assim muito próxima do valor preconizado.

Estes resultados mostram que uma QVM pós-natal mais elevada está associada a uma maior satisfação com a conjugalidade na mulher.

A intensidade da preocupação pós-natal materna e a vinculação materna pós-natal total não se correlacionam significativamente com a satisfação com a vida conjugal, nem com as suas dimensões ou os focos.

Nos homens, a QVP2 está correlacionada positiva e significativamente com a satisfação com a vida conjugal global ($r = .27, p = .032$), com o funcionamento conjugal ($r = .33, p = .008$), com o foco no casal ($r = .29, p = .019$) e com o foco no próprio ($r = .28, p = .026$). A correlação entre a QVP2 e o amor não é significativa ($r = .20, p = .116$) e entre aquela e o foco no outro também não é significativa ($r = .19, p = .121$).

Estes resultados levam a inferir que a qualidade da vinculação do pai com o bebê não está associada de forma importante à satisfação conjugal em relação à companheira ou ao amor. Contudo, há correlações positivas e significativas entre a QVP2 e a satisfação conjugal total, a FC, a zona casal e do próprio.

Não se encontram correlações estatisticamente significativas entre a satisfação com a vida conjugal e a intensidade da preocupação paterna ou com a vinculação pós-natal total ao bebê. Importa salientar que a intensidade da preocupação paterna com o bebê está inversamente correlacionada com o funcionamento conjugal, com significância marginal ($p = .054$ e $r = -.24$), levando a constatar uma tendência para que os homens se preocupem mais com os seus filhos quando se sentem menos satisfeitos com a funcionalidade conjugal (cf. Quadro 97).

Em síntese, a satisfação com a vida conjugal está associada à qualidade da vinculação ao bebê, nas mulheres e nos homens. Nos homens, o amor e a zona focada no outro não se associam à qualidade da vinculação ao bebê. A intensidade da preocupação e a vinculação total ao bebê não estão associadas à satisfação com a conjugalidade nas mulheres e nos homens.

A hipótese apenas se confirma em parte.

CAPÍTULO VII

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. Discussão dos resultados obtidos nos estudos realizados

O capítulo que agora se apresenta inclui a discussão dos resultados, obtidos e analisados em função das hipóteses de investigação, previamente enunciadas e testadas no capítulo anterior.

Esta discussão é realizada à luz do quadro teórico de referência, seguindo a lógica dos três estudos delineados, subjacentes à realização da investigação. São eles: 1) a vinculação pré-natal em articulação com as variáveis psicológicas, sociodemográficas e clínicas das mulheres e dos homens durante a gravidez; 2) influência das características psicológicas e sociodemográficas na patologia obstétrica e no resultado do parto, e 3) comparação das variáveis psicológicas pré e pós-natais em mulheres e homens e influência das variáveis obstétricas na vinculação pós-natal. Em cada estudo, discutem-se as hipóteses de acordo com a sequência da sua apresentação.

A vinculação pré-natal é a variável central, mas também as variáveis psicológicas satisfação com a vida conjugal, coping, stress profissional, estados emocionais negativos (total, depressão, ansiedade e stress) e sintomatologia psicopatológica foram fundamentais nesta investigação. Nos estudos, foram, também, contempladas as variáveis sociodemográficas e clínicas dos sujeitos, nomeadamente, as variáveis associadas ao nível socioeconómico e ao desenrolar da gravidez e resultado do parto, dada a sua relevância na literatura.

A discussão dos resultados realiza-se com base na análise dos mesmos, como já foi referido e, também, nas opções tomadas que decorreram das características psicométricas dos instrumentos, descritas e analisadas no capítulo da metodologia. A caracterização das amostras em estudo, e respectiva síntese, foram apresentadas e analisadas no capítulo IV.

Finalizamos este capítulo, enunciando e reflectindo sobre as limitações por nós sentidas no desenvolvimento da investigação e na sua concretização. Com a adopção de estes procedimentos, cremos que conseguiremos dar resposta aos objectivos enunciados e prosseguir para conclusões válidas e interessantes que serão apresentadas no terminus deste trabalho.

1.1. Primeiro estudo – A vinculação pré-natal em articulação com as variáveis psicológicas, sociodemográficas e clínicas durante a gravidez

H₁ – Existem correlações positivas e significativas entre os valores das variáveis psicológicas avaliadas na mulher e no homem durante a gravidez.

As variáveis psicológicas dos homens e das mulheres estão correlacionadas significativamente e em sentido positivo durante a gravidez, o que nos permite afirmar que há concordância nestas áreas do funcionamento psíquico dos progenitores enquanto aguardam a vinda de um filho. A maior parte das variáveis apresenta, no entanto, uma correlação baixa e muito baixa. A satisfação com a vida conjugal, suas dimensões e zonas analisadas, apresentaram correlações moderadas entre os grupos em análise.

No que se refere à vinculação dos pais e das mães ao feto, quer no total quer nas dimensões qualidade da vinculação e intensidade da preocupação, encontramos correlações baixas (r entre .24 e .28) significativas e positivas. Conclusões idênticas foram apresentadas nos estudos de Seimyr et al. (2009), Weaver e Cranley (1983) e White et al. (1999) ao apurarem que os pais se vinculam ao feto tal como as mães e, também no estudo de Condon (1993) o qual assegurou ser durante a gravidez que a mãe e o pai adquirem uma representação interna do feto, crescentemente elaborada, que compreende uma curiosa mistura de fantasia e de realidade e desenvolve o vínculo emocional.

Apesar da primazia dada à ligação mãe-feto e que pode ser observada no nosso estudo nas médias mais elevadas obtidas na vinculação pré-natal pelas mulheres, diversos autores enfatizaram a criança imaginária que a mãe e o pai desejaram antes da concepção (e.g., Brazelton & Cramer, 1993; Lebovici, 1987, 1998; Mazet & Stoleru, 1990), assim como o seu investimento na qualidade de objecto da psique parental, através de afectos, de representações, de cenários e de sinais significativos (Bydlowski, 2006), apontando para a concordância entre progenitores no que se refere à ligação ao feto.

O nosso primeiro estudo foi realizado no segundo trimestre de gravidez o que pode justificar as baixas correlações obtidas. De acordo com Muller (1993), os nove meses da gravidez são fundamentais para a vinculação da mulher ao feto e Colman e Colman (1994) afirmam que os homens que vão ser pais precisam dos nove meses para se envolverem com a gravidez, para se adaptarem à nova identidade e desenvolverem o seu papel de pai. Segundo estas perspectivas, as mães e os pais, no segundo trimestre, encontram-se a meio do seu percurso interior na construção da maternidade e da paternidade, na sua dimensão de

vinculação ao feto que parece ser mais forte nas mulheres. No entanto, estes resultados deixam antever que os pais estão a desenvolver novas competências, consonantes com a “nova paternidade” fomentada desde a década de 70 e traduzida pela vivência de processos psicossociais idênticos aos da companheira, tais como participação e envolvimento na gravidez e valorização dos vínculos parentais que se estabelecem no período pré-natal (e.g., Lamb, 1992, 1997; Parke, 1996).

Cyrulnik (1995) referiu que as mudanças externas não tornam, internamente, o homem em pai. Por seu lado, May (1982) afirmou que na fase da gravidez em que ainda não há evidências físicas (a qual designou por segunda fase), os pais não a sentem como uma realidade, havendo distância emocional.

Opiniões de certa forma dissonantes das anteriores são as de Brazelton e Cramer (1993), Gerner (2005) e Parke (1996) ao considerarem que os futuros pais têm muitas preocupações e não apenas com factores externos (como por exemplo, a segurança financeira), mas sim com a saúde do bebé, o parto, as mudanças nas relações conjugais e sexuais, o estilo de vida, os cuidados à criança e a adequação ao papel de pai. Ainda, para Colman e Colman (1994), os homens procuram ter a sua experiência pessoal durante a gravidez quando tomam consciência da mudança importantíssima que está a ocorrer na sua vida, o que vai despoletar uma transformação tão grande como a da sua mulher e um processo psicológico semelhante (Gerner, 2005). Do ponto de vista emocional, o futuro pai poderá ficar "mais grávido" do que a sua companheira (Sá, 1997), contudo, surgem-lhe dúvidas quanto à sua capacidade para desempenhar o papel paternal porque o filho está a desenvolver-se no interior da mulher, tornando-se algo transcendente a que só o encontro com a criança porá fim (Alvarez & Golse, 2009).

A maternalização e a paternalização definem-se como o conjunto dos processos que permitem um caminhar progressivo (Golse, 2007) na construção do processo de reorganização identitária explicado à luz da história existencial do indivíduo (Camus, 2002). Os resultados obtidos sugeriram a necessidade de esclarecimentos a propósito das diferenças na vinculação pré-natal entre homens e de mulheres que serão, entretanto, discutidos na hipótese seguinte.

A par com a vinculação ao feto está a satisfação conjugal. Esta define-se, segundo Narciso e Ribeiro (2009), como o ponto nodal do bem-estar ou da felicidade conjugal referindo, normalmente, uma avaliação positiva do cônjuge e da relação. Na investigação que realizámos, esta variável, no seu total, nas dimensões amor e funcionamento conjugal e nas zonas focadas no casal, no próprio e no outro, apresenta correlações moderadas entre os

homens e as mulheres, levando-nos a considerar este resultado importante no desenrolar do processo de transição para a parentalidade. De acordo com alguns estudos referenciados por Brown (1994), a influência da qualidade das relações conjugais no decurso da gravidez, no resultado do parto e no novo bebé, constitui um indicador muito favorável para aqueles que estão, simultaneamente, em processo de transição para a parentalidade.

Cyrułnik (1995) considerou que a mãe estabelece uma relação vinculativa com um homem, pai biológico ou não, e é a interpretação feita pela mãe que dá a este a possibilidade de interagir com o bebé e de o poder estimular no útero. A mulher, segundo o autor, é a tradutora entre o pai e o filho. Contudo, investigações recentes têm demonstrado que ambos os elementos do casal ficam grávidos e que as mudanças pelas quais passam os futuros pais durante a gravidez não são independentes daquelas pelas quais passam as grávidas (Parke, 1996). Estas circunstâncias têm-se mostrado muito vantajosas quer para os cônjuges, quer para a relação com o bebé (Camus, 2002; Kao et al., 2004). Também os resultados da conjugalidade foram aprofundados no decorrer da investigação e continuarão a ser discutidos mais à frente.

A conjugalidade e a vinculação ao feto, sendo processos intrinsecamente tão complexos, exigem estratégias de resolução de problemas ou mecanismos de coping que terão, nesta fase, um papel preponderante. As respostas de coping vão influenciar o desenvolvimento de tarefas que a grávida tem pela frente (Sowden et al., 2007), assim como aquelas que o homem irá realizar no mesmo período. Houts et al. (2008) consideram estas estratégias de coping muito relevantes na qualidade e na positividade da satisfação conjugal. No nosso estudo, entre homens e mulheres, verificámos uma correlação positiva e significativa (baixa ou muito baixa) nas estratégias de coping, apontando no sentido de os elementos do casal se virem a diferenciar, apesar de positivamente associados.

No que diz respeito às variáveis psicológicas de risco, nomeadamente os estados emocionais negativos (total e dimensões da ansiedade, do stress e da depressão), o stress profissional e os sintomas psicopatológicos, as correlações que obtivemos entre mulheres e homens são positivas e baixas ou muito baixas mas significativas durante a gravidez. Estes resultados correlacionais por nós encontrados na maior parte das variáveis podem ser justificados a partir de uma revisão da literatura de Cowan e Cowan (1995). Os autores mencionaram as diferenças significativas nas trajectórias da mulher e do homem na transição para a maternidade e para a paternidade e consideraram que o mais importante nessa trajectória é que ocorra na mesma direcção. E esta menção dos autores está adequada à justificação da nossa primeira hipótese que foi confirmada.

H₂ – Existem diferenças significativas entre os valores das variáveis psicológicas medidas em mulheres e homens, do mesmo casal, durante a gravidez.

Entre os membros do mesmo casal encontramos diferenças em algumas variáveis psicológicas tais como: total da vinculação pré-natal ao feto, qualidade da vinculação e intensidade da preocupação; satisfação com a vida conjugal na zona focada no próprio; total do coping e em duas dimensões (o confronto e resolução activa dos problemas e planificação da estratégia e as estratégias de controlo das emoções); total dos estados emocionais negativos e dimensões ansiedade e stress; stress profissional e sintomas psicopatológicos (somatização, depressão, ansiedade, ansiedade fóbica, índice geral de sintomas e total de sintomas positivos).

Estes resultados sugerem que apesar da transição simultânea e no mesmo sentido, nos homens e nas mulheres, observada anteriormente, os casais durante o seu percurso exibem diferenças significativas entre os seus membros.

No que se refere à vinculação pré-natal, no total, na qualidade da vinculação e na intensidade da preocupação, as mulheres estão significativamente mais vinculadas ao feto do que os seus companheiros. Encontramos concordância com estes resultados nos autores que se debruçaram sobre a génese das diferenças na vinculação pré-natal entre as mulheres e os seus pares. Por exemplo, Lebovici (1987) e Mazet e Stoleru (1990) asseguraram que a relação da mãe com o filho começa no período pré-natal, com uma grande simbiose fomentada pelas relações orgânicas íntimas e pela riqueza de trocas materno-fetais que acontecem através dos laços sanguíneos feto-placentários e intermediários químicos e neurosimpáticos, o que não acontece no homem.

Estas ideias são apoiadas por Raphaell-Leff (2009), por um lado, ao afirmar que a gravidez e a ligação ao bebé são vividas primordialmente pela mãe, com um corpo em desenvolvimento dentro do seu corpo e, por outro lado, com a criação do “paradigma placentário” que focaliza, essencialmente, o intercâmbio imaginado pela mãe entre si própria e o seu “ocupante”. Para além destas ligações íntimas mãe-feto, as mudanças na identidade iniciam-se muito cedo (desde que a mulher percebe que está grávida) e podem ser uma das razões da elevação dos níveis da vinculação pré-natal em comparação com o cônjuge.

As tarefas de reavaliação e de reestruturação da identidade (Canavarro, 2001) ou de integração da identidade parental (Colman & Colman, 1994) fazem parte do processo desenvolvimental da mulher neste período da vida que parece ser diferente do homem. O

trabalho é conseguido no interior da mulher, na construção de uma estrutura psíquica, num “reino de experiências profundas e privadas”, dando forma a uma nova identidade - o significado de ser mãe (Stern & Stern, 2005). Nestas circunstâncias, entre a mãe e o feto estabelece-se uma relação próxima, diferente de qualquer outra relação (Raphael-Leff, 2009), nomeadamente, diferente da relação entre o pai e o filho antes de nascer.

Os nossos resultados são reforçados por Speckhard (1997) ao sugerir que a vinculação entre a mãe e o filho tem início muito antes do nascimento, quando a mulher começa a formar uma imagem mental do seu bebé e sente o desejo de o nutrir e proteger. Este investimento feito pelas mães na construção psíquica do bebé possibilita-lhes o exercício da maternidade e facilita o encontro com o seu descendente. Esta perspectiva reforça a ideia de que o conhecimento do bebé antes do nascimento carrega muitos simbolismos e é muito importante para as mães e para o bebé (Brazelton & Cramer, 1993; Piccinini et al., 2004).

Em relação aos níveis significativamente mais baixos encontrados na vinculação pré-natal dos homens que vão ser pais, em comparação com as suas mulheres/companheiras, podemos recuperar as ideias de Brazelton e Cramer (1993), Cyrulnik (1995), Golse (2007) e Raphael-Leff (2009) para compreender que os homens, embora de forma diferente das suas mulheres, fazem também a sua vinculação ao feto. Cyrulnik (1995) e Golse (2007) consideram que sentir-se pai de uma criança encerra um verdadeiro trabalho psíquico, em grande parte inconsciente, que corresponde à construção ou à reorganização de um certo número de representações mentais.

Raphael-Leff (2009) propõe que os homens e as mulheres têm padrões diferentes de interacção com os seus filhos, possivelmente baseados na sintonia física da mãe com o seu bebé durante a gravidez. A autora considera que as mudanças corporais da mulher e o desenvolvimento fetal podem suscitar no homem sentimentos de inveja e ciúme, ansiedade, inutilidade e solidão e o filho pode ser sentido como rival, à luz da sua infância. Brazelton e Cramer (1993), tal como Golse (2007) afirmam que a conflitualidade inconsciente poderia levar o homem a desejar distanciar-se da gravidez, precipitar-se em relações extra-conjugais ou rupturas conjugais e manifestações de angústia ou de fobias ou, ainda, dificuldades da infância reactivadas inconscientemente. Por outro lado, o homem pode envolver-se em actividades de protecção da gravidez, tais como restrições alimentares, contacto com tabus, evitamento de rituais públicos ou domésticos para proteger a criança ou, na falta de laço marital, ir às aulas de preparação para o parto, para reconhecimento público da paternidade (Raphael-Leff, 2009). As ecografias têm-se mostrado verdadeiras

aliadas no processo de desenvolvimento do novo pai (Brazelton & Cramer, 1993; Camus, 2002; Cyrulnik, 1995) e, portanto, deve continuar a ser promovida a sua participação neste momento diagnóstico.

Apesar das diferenças entre os membros do casal no que se refere à vinculação pré-natal, temos uma percentagem elevada de homens com padrão de vinculação forte e segura ao feto (38.1%), valor acima do obtido pelas mulheres neste padrão (36.4%), resultado que aponta no sentido de haver uma grande variabilidade na vinculação dos homens ao seu filho antes de nascer.

As ideias acerca dos pais ficaram mais claras com a sua classificação em duas categorias criadas por Raphael-Leff (1997, 2009): o pai participante e o pai renunciador. O primeiro é, tanto quanto possível, participante na gravidez, nascimento e cuidados à criança. Pode estar em contacto com os aspectos feminino e maternal da sua personalidade. O segundo, o pai renunciador, reforça a identidade masculina durante a gravidez, fecha o contacto com a mulher e aumenta a vulnerabilidade e intolerância face às identificações femininas. Algumas mulheres grávidas podem, também, sentir necessidade de experimentar a sua gravidez exclusivamente para si e não a mostrar nem aos outros nem ao companheiro (Raphael-Leff, 2009).

Uma investigação feita em Portugal por Samorinha et al. (2009) não encontrou diferenças na vinculação pré-natal entre homens e mulheres durante o primeiro trimestre de gravidez. Resultados inversos e surpreendentes para os investigadores, segundo os próprios referiram, foram apresentados por White *et al.* (1999) em que a vinculação pré-natal é superior nos homens suecos em relação às suas companheiras. O estudo australiano de Habib e Lancaster (2006) com 115 homens que vão ser pais pela primeira vez poderá fornecer pistas para a compreensão daqueles resultados ao concluírem que a ligação paterna ao feto pode ser prevista através da percepção do estatuto do futuro pai (importância subjectiva atribuída pelo próprio) e do conteúdo desse estatuto (elaboração mental de uma visão individual acerca do estatuto de ser pai).

Em qualquer circunstância, a paternalização continuará para além do nascimento da criança permitindo que o pai se viva emocionalmente (e não só intelectualmente) como pai daquela criança, que sinta que aquela criança é verdadeiramente o seu filho (sentimento de pertença) e que descubra, gradualmente, estar pronto a assumir o lugar, os papéis, e as funções de pai para com ela.

Ao contrário dos resultados acima discutidos a propósito das diferenças encontradas na vinculação pré-natal entre os casais, a satisfação com a vida conjugal aponta para que as

diferenças não sejam significativas a não ser na zona do próprio, apesar de as mulheres estarem, em média, mais satisfeitas com a conjugalidade durante a gravidez do que os seus cônjuges. Não há, portanto, diferenças significativas entre os membros do casal na satisfação com a vida conjugal global, no funcionamento conjugal e no amor, assim como nas zonas focadas no casal e no outro. Na zona focada no próprio, os resultados indicam que os homens estão significativamente mais satisfeitos consigo próprios na relação conjugal do que as mulheres com elas próprias, ou seja, na expressão de sentimentos, afecto, prazer e atenção ao cônjuge e às suas necessidades e às da sua família.

Estes resultados menos satisfatórios na mulher podem estar relacionados com as mudanças psicofisiológicas próprias da gravidez (Benedek, 1970; Rofé et al., 1993) mas, sobretudo, estão de acordo com as perspectivas de Bibring (1959) e de Colman e Colman (1994) de que a mulher vai desinvestindo no seu meio exterior e nas suas relações habituais, por estar ocupada internamente com as alterações da gravidez e mais voltada para si mesma e para a unidade mãe-feto.

Para Brazelton (1987), o importante não é a “função do pai”, mas sim a função “homem de vinculação” para aquela mãe, alimentando-se o processo de paternidade das relações que o homem trava com a sua companheira, agora mãe, e com o estranho com quem tem de familiarizar-se, o bebé. Nesta perspectiva, o homem mantém resultados elevados na zona do próprio, podendo constituir um bom apoio afectivo para a sua mulher.

Um estudo de Brown (1994) apontou que, em 37% de uma amostra de casais expectantes, um ou ambos os cônjuges referem a existência de conflito conjugal caracterizado por baixa satisfação com o apoio do companheiro, aumento do stress de vida, menos saúde, menor bem-estar e mais sintomas psicológicos e somáticos. Assim, uma relação insatisfatória com o companheiro pode tornar-se um impedimento sério na satisfação com a gravidez e na adaptação ao papel de mãe ou de pai. Nos resultados encontrados, apenas a zona focada no próprio é discrepante entre os elementos do casal, com valores mais baixos nas mulheres, podendo corresponder à viragem que fazem para si próprias e com a qual não se sentem confortáveis na relação conjugal. As médias na satisfação conjugal foram elevadas em ambos os cônjuges.

As questões da gravidez estão muito ligadas às estratégias de resolução de problemas. Por exemplo, embora com variáveis de natureza diferente, Justo (1990) mostrou que os mecanismos de defesa sofrem uma modificação específica durante a gravidez, proporcionando um adequado ajustamento psicológico ao longo dos nove meses.

Os resultados do nosso estudo indicam a existência de diferenças significativas entre os pares conjugais em algumas estratégias de resolução de problemas, sendo os homens a apresentar estratégias mais adequadas, em comparação com as suas mulheres. As estratégias onde os cônjuges se diferenciam são: (1) o coping total; a dimensão confronto e resolução activa dos problemas e planificação da estratégia e a dimensão estratégias de controlo das emoções. De facto, as mulheres têm um enorme conjunto de tarefas que dependem do seu coping e podem apresentar dificuldades na adequação dessas estratégias, o que é prejudicial à realização das tarefas (Sowden et al., 2007).

Uma vez que as estratégias mais utilizadas pelos homens, no casal, são as de confronto, resolução e planificação podemos encontrar concordância com estes resultados nos trabalhos de Johnson e Baker (2004) ao mostrarem que durante a gravidez os homens recorrem mais ao coping orientado para a aproximação. Os autores concluíram que o homem usa mais estratégias de coping durante a gravidez do que após a mesma, independentemente do seu resultado, o que pode justificar o número de factores em que pontuam mais do que as suas mulheres.

Justo (1990), a propósito dos mecanismos de defesa, concluiu que a gravidez normal implica um aumento do contacto com a impulsividade e a sua vivência provoca um uso menos intenso dos mecanismos destinados a apagar, ou a desvanecer, a conflitualidade psicológica. As grávidas de alto risco reduzem o uso de mecanismos que viabilizem a expressão dos impulsos e aumentem o uso dos mecanismos que os reprimem.

Pereira et al. (1999) notaram que mulheres com complicações durante a gravidez que exigiram hospitalização apresentaram maior nível de coping em comparação com as que não tiveram complicações obstétricas (trabalho de parto prematuro, náuseas, hemorragias, dores, infecções). O nosso estudo, com uma amostra de grávidas de baixo risco, é concordante com baixos resultados no coping em comparação com os homens.

Os autores acima referidos apontaram para uma articulação entre o coping e a relação conjugal em que, tal como numa balança, o coping oscila nas mulheres conforme a relação com os seus pares é boa ou má e a gravidez é ou não desejada. Houts et al. (2008) mostraram que os casais com um padrão construtivo de resolução dos problemas e, conseqüentemente, maior capacidade de resolução dos mesmos, relatam menor desconforto/stress e maior satisfação conjugal do que os casais com um padrão destrutivo da resolução de problemas. Este não foi objecto de estudo no nosso trabalho, mas os níveis de satisfação conjugal nesta investigação são elevados e semelhantes nos dois elementos do casal. Os nossos resultados ajustam-se, de alguma forma, aos estudos publicados ao

mostrarem uma diminuição do confronto e do controlo por parte das grávidas em relação aos companheiros.

Não se observaram diferenças significativas entre os elementos do casal nas seguintes estratégias de resolução de problemas: (1) pedido de ajuda; (2) abandono passivo perante a situação; (3) controlo interno/externo dos problemas e (4) auto-responsabilização e medo das consequências.

As experiências psicológicas ímpares vividas durante a gestação levam a transições muito acentuadas, com ansiedades e regressões emocionais que põem em risco o ajustamento adaptativo das mulheres e dos homens que se sentem, muitas vezes, perdidos e incompletos (Brazelton, 1993). Neste contexto, podem surgir perturbações psicológicas associadas à gravidez, sendo mais frequentes as perturbações emocionais, também mais comuns neste período do que após o parto, ou mesmo em qualquer outra fase da vida (Glover et al., 2008).

Na nossa investigação, verificamos que os estados emocionais negativos no total, na ansiedade e no stress dentro do casal são significativamente mais elevados nas mulheres do que nos seus cônjuges. Segundo Brazelton e Cramer (1993) e Golse (2007), o homem pode desejar distanciar-se da gravidez devido à conflitualidade inconsciente. Entre os membros do casal não há diferenças significativas nos níveis de depressão.

Os nossos resultados estão de acordo com o estudo de Teixeira et al. (2009) ao indicar que a ansiedade-estado na gravidez é mais elevada nas mulheres do que nos homens e tem a configuração de U em ambos os parceiros. Acontece que o controlo da ansiedade é importante para uma gravidez saudável e para um "bom" parto e a sua gestão faz-se através dos mecanismos de defesa (Justo, 1990).

A ansiedade nos cônjuges masculinos é, neste estudo, significativamente inferior à ansiedade da sua mulher ou companheira. Esta perspectiva contradiz Brazelton e Cramer (1997), Colman e Colman (1994) e Cyrulnik (1995) ao afirmarem que o desenvolvimento do bebé e as mudanças corporais da mulher aumentam a ansiedade no homem. A ansiedade pode ter raízes nas memórias de infância ou no medo das mudanças no relacionamento conjugal após o nascimento do bebé (Raphaell-Leff, 1997, 2009). Mas, a crise de identidade pela qual o homem passa é diferente daquela pela qual passa a mulher (Alvarez & Golse, 2009).

Apesar de Colman e Colman (1994), Maldonado (1991) e Justo et al. (1999) designarem o segundo trimestre como os meses calmos ou a fase emocionalmente mais

estável da gestação da mulher, os valores da ansiedade e do stress manifestado foram significativamente superiores aos dos seus companheiros.

Ao contrário dos autores supracitados, Soifer (1991) considerou a ansiedade dominante neste período e Maldonado (1991) referiu que, não havendo predomínio da ansiedade neste trimestre, esta pode tornar-se predominante conforme a representação dos movimentos fetais para a mãe.

No nosso estudo, fizemos uma comparação de resultados sendo esperado que as diferenças existissem, o que aconteceu. Os nossos resultados foram ao encontro das explicações dadas por Condon e Esuvaranathan (1990) ao considerarem que os homens, futuros pais, tendem a negar a ansiedade e, por isso, têm níveis de ansiedade muito mais baixos durante a gravidez do que a norma para a população.

Kao e Long (2004) concluíram que, para os pais, a gravidez é vivida como uma transição e um acontecimento desenvolvimental. Na trajectória que estes autores fizeram com homens que acompanhavam a gravidez das suas companheiras, encontraram imensas mudanças psicológicas e de estilo de vida. Estes pais experimentaram um grande número de stressores, incluindo a insegurança que sentem sobre a sua capacidade para cuidar bem do seu bebé e de ser um bom pai e marido da nova mãe. Porém, no que se refere ao stress durante a gravidez, segundo os nossos resultados, as mulheres são muito mais stressadas do que os seus pares.

Os clínicos que trabalham com mulheres grávidas acreditam na base biológica das grandes mudanças de humor da mulher durante a gravidez e no pós-parto (Jolley & Spach, 2008), particularmente, o efeito das hormonas (cortisol) no “sistema do stress”, o eixo adreno-hipotalamico-hipofisário, e noutros sistemas neurológicos que levam ao aumento da norepinefrina (DiPietro et al., 2004b; Jolley & Spach, 2008). Neste primeiro período de gravidez, as experiências emocionais da mulher parecem ser determinadas pelas modificações fisiológicas intensas que criam um stress psicológico especial e cuja adaptação demora algum tempo (Rofé et al., 1993). Estes pressupostos clínicos têm correspondência com as auto-respostas expressas nos resultados do nosso estudo, evidenciando mais stress nas mulheres do que nos seus cônjuges.

Também o stress profissional é significativamente superior nas mulheres em comparação com os seus cônjuges, resultado já esperado por nós pois por um lado este tipo de stress sofre o efeito do stress em geral e, por outro lado, porque o contexto profissional pode ser bastante diferente para a mulher em situação de gravidez dadas as características físicas e emocionais da mulher grávida. Contudo, os estudos publicados são contraditórios.

Bell et al. (2008) consideram que os diferentes tipos de exposição ao stress psicossocial são, em geral, difíceis de definir, nomeadamente, o trabalho pode constituir factor de risco ou protector do resultado do nascimento.

A depressão na gravidez, enquanto estado emocional negativo, não diferiu entre os casais apesar de ser superior, em média, nas mulheres em relação aos homens. Os estudos epidemiológicos mostram que os níveis de depressão na gravidez são preocupantes, ainda que a DSM-IV-TR não reconheça a existência de depressão pré-natal (Misri & Joe, 2008). Muitos casais estão deprimidos durante a gravidez. Estudos publicados apontam para que 20% das mães e 12% dos pais australianos estejam significativamente deprimidos a meio da gravidez (Field et al., 2006). No nosso estudo, essa percentagem é de 13.6% entre as mulheres e de 10.1% entre os homens.

Resultados concordantes com os nossos são os observados por Field et al. (2006), quando compararam mulheres e homens durante a gravidez a propósito da depressão: os níveis são idênticos. Porém, encontram-se estudos que contradizem estes resultados indicando que as mulheres mostram níveis mais elevados de depressão do que os homens, como é o caso do estudo português de Teixeira et al. (2009).

O'Hara et al. (1983) associaram a depressão à conjugalidade e afirmaram que a percepção da mulher acerca do seu relacionamento conjugal, em termos de satisfação, proximidade e apoio do cônjuge está relacionada com a sintomatologia depressiva durante a gravidez e o pós-parto. No estudo que efectuámos, sabemos que não há diferenças na depressão entre os cônjuges, assim como não há diferenças na satisfação conjugal (excepto a zona referente ao próprio), mas não estabelecemos relações entre estas variáveis, aspecto que poderá vir a ser clarificado posteriormente.

Para além da depressão pré-natal, Field et al. (2006) investigaram outros estados de humor (raiva, ansiedade e tensões diárias) em mulheres grávidas deprimidas e não deprimidas e nos seus companheiros deprimidos e não deprimidos, às vinte e duas semanas de gestação. Concluíram que, apesar das semelhanças observadas, a amostra feminina tem níveis exacerbados de depressão e ansiedade que foram relacionados, pelos autores, com as alterações hormonais, como por exemplo o aumento do cortisol durante a gestação. Estes resultados indicam que os homens estão mais deprimidos e ansiosos devido ao efeito da depressão materna e que as mulheres são menos afectadas pelos seus companheiros deprimidos.

Quando comparamos os casais quanto aos sintomas psicopatológicos, verificamos que estes não diferem significativamente nas áreas psicóticas, como a ideação paranóide e o

psicoticismo, assim como nas obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, hostilidade e índice de sintomas positivos. Os casais diferem nos sintomas somatização, depressão, ansiedade, ansiedade fóbica, índice geral de sintomas e total de sintomas positivos. Estes sintomas são significativamente mais elevados nas mulheres quando comparadas com os seus cônjuges.

A avaliação da depressão aponta para afecto e humor disfórico, perda de energia, falta de motivação e interesse. Na avaliação de sintomas psicopatológicos, a depressão é significativamente mais elevada nas mulheres do que nos seus cônjuges e, quando avaliada como estado emocional negativo, não mostrou diferenças entre os cônjuges. Este aspecto necessita de ser clarificado em estudos adicionais, pois a avaliação da depressão materna é muito importante para a criança.

As mulheres que se deprimem durante a gravidez aumentam o risco de alterações da ansiedade, de abuso de substâncias como álcool e tabaco e diminuição do auto-cuidado. Podem desenvolver pré-eclâmpsia ou outras complicações de saúde, aborto espontâneo, hemorragia gestacional, partos pré-termo, podem ter recém-nascidos com baixo peso ao nascer e com reduzida actividade neuromotora (Dayan et al., 2002, 2006; O'Hara, 2009). Por exemplo, os recém-nascidos, filhos de mães deprimidas durante a gravidez, apresentam mais perturbações do sono, incluindo pouco tempo em sono profundo e mais tempo em sono desorganizado e choram mais (Field et al., 2007).

Matthey et al. (2000) enfatizaram o papel da personalidade e das relações parentais como factores de risco para a depressão perinatal em mulheres e em homens que vão ser pais pela primeira vez. Sugeriram que a relação da mulher com a própria mãe foi importante no primeiro estágio do pós-parto, assim como a sensibilidade interpessoal e o neuroticismo. No homem, as relações com a sua mãe e com o seu pai e o nível de neuroticismo estão associadas ao nível de humor inicial.

Os sintomas psicopatológicos, nesta avaliação, são mais elevados nas mulheres em comparação com os companheiros ou cônjuges. Para além da depressão, no caso da somatização estes podem reflectir, na mulher, mal-estar físico e equivalentes da ansiedade; no caso da ansiedade fóbica pode ocorrer medo persistente em relação a algo irracional e desproporcionado conduzindo ao evitamento, o que é compreensível nas grávidas dados os evitamentos necessários (por exemplo alimentos e ambientes) à sua protecção e da saúde do bebé. No que se refere à ansiedade, as diferenças encontradas face ao par conjugal são coincidentes nas duas avaliações e foram atrás discutidas.

A gravidez situa-se na interface entre o risco e a psicopatologia. Os recursos adaptativos, neste caso da grávida e do seu marido/companheiro, são orientados pela interacção entre os factores protectores do indivíduo, o contexto familiar e o contexto social – a resiliência, que promoverá uma adaptação bem sucedida (Soares, 2000), apesar das eventuais diferenças conjugais encontradas.

A hipótese não se confirmou para todas as variáveis em análise mas há um número importante de diferenças psicológicas entre homens e mulheres que são cônjuges, no período de gravidez.

H₃ – Há diferenças estatisticamente significativas nas variáveis psicológicas (e.g., satisfação conjugal, vinculação pré-natal, stress profissional, estados de humor negativos, sintomas psicopatológicos), quando comparadas as mulheres primigestas e multigestas e o mesmo se espera quando se compararem os homens que esperam o primeiro filho e os que aguardam o nascimento de um filho que não é o primeiro.

As diferenças significativas encontradas entre as variáveis psicológicas das mulheres primigestas e multigestas e entre as mesmas variáveis dos homens que aguardam a vinda do primeiro filho e dos que já têm pelo menos um filho permitem-nos afirmar que o número de gestações é um factor importante na organização psicológica das pessoas que vivem uma gestação, devendo ser considerado nas diversas situações de avaliação e intervenção psicológica efectuada neste período.

Na nossa investigação, verificámos que as mulheres primigestas são mais novas e mais escolarizadas do que as multigestas, assim como os homens que ainda não têm filhos são significativamente mais novos e mais escolarizados em comparação com os que já foram pais. Dadas as circunstâncias, controlámos estas variáveis por métodos estatísticos.

Nas mulheres, quando comparamos as primigestas com as multigestas relativamente às atitudes face à gravidez verificamos que a gravidez enquanto factor de mudança e de crescimento pessoal e o apoio do marido/companheiro diferenciam-se significativamente entre os dois grupos de grávidas. As primigestas referem maior mudança e crescimento pessoal devido à gravidez e mencionam maior apoio do marido/companheiro em comparação com as mulheres que já tiveram outra(s) gravidez(es).

As mudanças que ocorrem na mulher que vai ser mãe pela primeira vez e que está a viver uma experiência original são interiores e mais favoráveis comparativamente com as que ocorrem nas mulheres multigestas. Xavier e Paúl (1996) referiram que a gravidez

implica um processo intrapsíquico específico em que a mulher terá que fazer uso do seu potencial para manter uma situação gratificante. Para além disso, a primeira gravidez tem sempre o efeito da singularidade, o que não acontece nas seguintes. Mas, se repararmos no conjunto de atitudes em que não há diferenças entre primigestas e multigestas, compreendemos que cada gestação é vivida, genericamente, de forma semelhante qualquer que seja o número de filhos, sendo o resultado muito interessante no que se refere ao envolvimento com a gravidez e a vinculação ao feto. Essas atitudes são: boa mãe, aspectos difíceis da gravidez e da maternidade, filho imaginado, relação com a própria mãe e imagem corporal e necessidade de dependência.

O filho imaginado é tão favorável nas primigestas como nas multigestas. Contudo, é interessante referir que aquele está presente, de forma mais acentuada mas não significativa, nas primigestas. Este aspecto prende-se, talvez, com a singularidade da experiência da mulher e não tanto com a possibilidade de imaginar o bebé. Salientamos, no que se refere às atitudes da mulher face à gravidez e à maternidade, que o filho imaginado e o apoio do marido/companheiro estão acima do valor médio de corte no sentido favorável, demonstrando boa relação com o feto e boa relação conjugal. A gravidez como factor de mudança e de crescimento pessoal é a subescala que mais se afasta do ponto de corte da escala no sentido desfavorável.

Nas mulheres, o conjunto das variáveis da vinculação pré-natal materna (global, qualidade da vinculação materna e intensidade da preocupação materna), apesar de ser, em média, mais elevada nas primigestas, não difere estatisticamente entre os dois grupos de grávidas. No entanto, esta análise multivariada mostrou um efeito marginalmente significativo ($p = .072$) que nos levou a encontrar, na análise univariada, diferenças significativas na intensidade da preocupação materna e na vinculação pré-natal materna total entre primigestas e multigestas. A qualidade da vinculação materna manteve um nível de significância marginal, não permitindo aceitar as diferenças nesta dimensão.

Em rigor, não se aceitam as diferenças entre os grupos para o conjunto da vinculação pré-natal materna e suas dimensões, considerando-se, portanto, que primigestas e multigestas se vinculam ao feto de forma semelhante. Porém, analisando cada variável *de per si*, podemos afirmar que a intensidade da preocupação e a vinculação pré-natal global são significativamente superiores nas primigestas em relação às multigestas e que a qualidade da vinculação materna é semelhante nos dois grupos de grávidas. Estes resultados são corroborados por Condon e Corkindale (1997), num estudo realizado com a mesma escala de avaliação, em que mostraram uma relação negativa entre o número de filhos e a

vinculação pré-natal global e a intensidade da vinculação, mas não entre o número de filhos e a qualidade da vinculação.

Estudos realizados com outros instrumentos, como por exemplo a MFAS ou a PAI, aludem a que as mulheres primíparas estão mais vinculadas ao feto do que as múltíparas (Mendes, 2002; Mercer & Ferketich, 1995; Muller, 1993; Pascoe et al., 1995; Siddiqui et al., 1999, 2000a). Mercer et al. (1988) encontraram este resultado apenas nas grávidas de baixo risco e não nas de alto risco. Pelo contrário, outros autores afirmam que mães com mais experiência no cuidar sentem-se mais eficazes na sua parentalidade (Fish & Stifter, 1993) e mostraram sinais mais positivos e maior sensibilidade para com os seus filhos (Moore et al., 1997).

Nos homens, os que aguardam o primeiro filho têm níveis médios de vinculação mais elevados em comparação com os que já são pais. O número de filhos tem efeito significativo no conjunto da vinculação pré-natal paterna total e suas dimensões. Contudo, quando fazemos uma análise univariada, a qualidade da vinculação paterna é semelhante nos dois grupos, tal como se verificou nas mulheres, diferindo na intensidade da preocupação com o feto e na vinculação pré-natal paterna total. Na vinculação paterna pré-natal total devemos circunscrever o resultado a esta amostra, dado o baixo poder do teste obtido ($P = 0.57$), não considerando, em rigor, as diferenças obtidas.

Os resultados paternos da nossa amostra são corroborados por Condon e Esuvaranathan (1990), no que se refere à vinculação pré-natal total, ao demonstrarem que os homens que vão ser pais pela primeira vez têm níveis mais elevados na vinculação global em comparação com os que já têm filhos. Os autores atribuíram a baixa vinculação pré-natal encontrada nos homens que já têm filhos ao decréscimo da qualidade de “excepcionalidade” que representa o nascimento de um filho em pessoas que já tiveram essa experiência.

Igualmente concordantes com os nossos, são os resultados de Lorensen et al. (2004) que afirmam ser a vinculação pré-natal muito mais elevada na primeira do que na segunda gravidez, tanto nas mães como nos pais, o que acontece na vinculação pré-natal total e, em média, também nas dimensões. Segundo os autores, a excitação, o orgulho e o efeito novidade podem aumentar a vinculação. São, ainda, convergentes com os nossos resultados, os estudos de Tsartsara e Johnson (2006) ao mostrarem que as primíparas estão mais vinculadas ao feto do que as múltíparas na vinculação total e na intensidade da preocupação, mas não na qualidade da vinculação ao feto.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudos anteriores (e.g., Muller, 1993; Pascoe et al., 1995; Mercer & Ferketich, 1995) que demonstraram a relação inversa entre o número de filhos e a vinculação pré-natal e, também, que as primigrávidas têm maiores níveis de vinculação pré-natal do que as mulheres que já têm filhos. Mercer et al. (1988) encontraram estes resultados apenas nas grávidas de baixo risco e não nas de alto risco, amostra semelhante à nossa.

Por ocasião de todas as gravidezes, a criança imaginária e fantasmática ganha forma, de uma maneira singular, ocupando espaço no psiquismo de cada um dos seus pais. A grávida mantém relações reais e imaginárias com o seu bebé, ao mesmo tempo que mantém outras relações com o seu ambiente e com a sua vida material. Nas palavras de Lebovici (1987, p. 263), "eles dão-lhes uma impressão misteriosa; elas espreitam-nos".

Apesar de alguns estudos recentes terem apontado a não existência de diferenças entre o número de filhos e a vinculação pré-natal materna e paterna (Vedova et al., 2008; White et al., 2008), é comum a muitos autores a ideia que uma das maiores transições durante a vida adulta do homem é tornar-se pai (Parke, 1996) e, da mulher, é tornar-se mãe. Para aqueles que vão ser pais esta é uma situação nova e obriga a uma adaptação complexa e à realização de uma variedade específica de tarefas desenvolvimentais, principalmente quando se trata de uma primeira vez (Belsky & Rovine, 1990).

A satisfação com a vida conjugal em geral e com as suas dimensões funcionamento conjugal e amor e zonas focadas no casal, no próprio e no outro são significativamente diferentes entre as primigestas e as multigestas, o mesmo acontecendo nos homens. Os níveis de satisfação conjugal são mais elevados nas primigestas em comparação com as multigestas e nos homens que aguardam o seu primeiro filho em comparação com os que já são pais. A satisfação conjugal decresce, portanto, depois de os filhos nascerem.

Os resultados obtidos apoiam-se em vários estudos. Por exemplo, White et al. (1999) mostraram que as mães que esperavam o segundo filho tinham mais conflitos na família do que aquelas que esperavam o primeiro e que, depois de o segundo filho nascer, as famílias se moviam no sentido da desorganização familiar, o que colocaria em risco a vinculação pré-natal ao próximo bebé. Zimmermann et al. (1994) relacionaram a conjugalidade com os estados de humor e afirmaram que as mulheres com boas relações afectivas com os maridos durante a gravidez têm sintomas reduzidos de ansiedade e de insónias.

Cowan e Cowan (1995), com os seus estudos longitudinais realizados a partir da década de 70, mostraram que, nos homens, há um decréscimo modesto na satisfação

conjugal desde o início da gravidez da sua mulher até aos seis meses pós-parto e um acentuado declínio nessa satisfação entre os seis e os dezoito meses pós-natais. Nas mulheres, o declínio com a satisfação conjugal é linear e muito maior, tendo início no período pós-parto e continuando ao longo dos primeiros dois anos (Parke, 1996).

No mesmo sentido, Belsky et al. (1985) sugeriram a existência de um declínio na satisfação conjugal ainda no período pré-natal. Um estudo de Lee e Doherty (2007) salientou o declínio na satisfação conjugal do homem na transição para a parentalidade, do período pré-natal (segundo trimestre de gestação) para o período pós-natal (seis meses do pós-parto) e afirmou que aquele está associado ao decréscimo da qualidade do envolvimento paterno com o filho.

Isabella e Belsky (1985) referiram que a satisfação conjugal positiva durante a gravidez do primeiro filho predispõe ao nascimento de bebés que terão padrões de vinculação seguros no fim do primeiro ano de idade e que as mães de crianças com vinculação insegura, um ano após o parto, sentem um decréscimo nos aspectos positivos do casamento e um aumento dos seus aspectos negativos, em comparação com as mães de bebés que estabelecem vinculações seguras. Em relação aos homens, os autores não encontraram relações significativas entre as mudanças conjugais e a vinculação dos filhos. Segundo os nossos resultados, a vinda de outros filhos para além do primeiro faz da parentalidade um processo mais complexo e, muitas vezes, mais desorganizador, situação que tem efeitos pessoais, conjugais e familiares (Relvas & Lourenço, 2001). A entrada de um filho, ou mais, no casamento, segundo Isabella e Belsky (1985), muda a natureza dos vínculos e estas mudanças são, habitualmente, desafios desenvolvimentais para ambos os membros do casal.

Para além do decréscimo na satisfação conjugal das multigestas, também no nosso estudo os estados emocionais negativos são significativamente mais elevados nas multigestas em comparação com as primigestas, quer no total, quer nas dimensões depressão, ansiedade e stress. Estes resultados, em parte, são corroborados pelo estudo de Larsson et al. (2004), no qual as múltiparas tinham mais sintomas depressivos no período pré-natal do que as primíparas. Nas múltiparas que manifestaram sintomatologia depressiva pré-natal, há mais história de complicações obstétricas em gravidezes anteriores, doença crónica ou aborto. Estes resultados indicam que o estado emocional, nesta fase da vida, depende de outros aspectos que vão para além da paridade. Por exemplo, a expectativa face ao parto, já conhecido da multigesta por experiência própria, manifesta-se por sentimentos de angústia e temores irracionais que se prendem com o inconsciente colectivo e pessoal.

Este momento pode ser considerado tão crítico para a primípara como para a múltipara, pois as histórias acerca das dores do parto, do parto e das possíveis complicações para a mãe e para o filho são tão controversas como carregadas de medos, dúvidas e mitos em todas as culturas (Ammannitti, 1991). No entanto, embora possa parecer mais assustador para a primigesta, por ser desconhecido, é na multigesta que se encontram valores mais elevados nos estados emocionais negativos.

Resultados diferentes foram encontrados nos homens da amostra. Durante a gravidez das suas mulheres/companheiras, os estados emocionais negativos dos futuros pais (total e dimensões) não são diferentes pelo facto de ainda não terem filhos ou de já terem pelo menos um filho. Estes resultados são consonantes com a maior parte da literatura. Por exemplo, um estudo Israelita de Teichman e Lahav (1987), referenciado por Condon e Esuvaranathan (1990), mostrou que os futuros pais pela primeira vez têm menos ansiedade do que aqueles que vão ser pais pela segunda ou mais vezes, mas a diferença não é estatisticamente significativa. Apesar da novidade do primeiro filho, os estados de humor não se alteram nestes homens em comparação com aqueles que já viveram esta experiência anteriormente.

Embora não se trate de um estudo comparativo, Kao e Long (2004) apontaram para conclusões diferentes quando exploraram as vivências de homens Taiwaneses no terceiro trimestre de gravidez que iam ser pais pela primeira vez e concluíram que esta constitui uma nova experiência de vida, mostrando múltiplos pensamentos e sentimentos que mudam com o tempo, tanto em profundidade como em qualidade e dependem de um número de factores internos e externos. Estes pais experimentaram um grande número de stressores, incluindo a insegurança que sentem sobre as suas capacidades para cuidar bem do bebé e de serem bons pais e maridos. A gravidez foi vivida como uma transição e um acontecimento desenvolvimental. Na sua trajectória, encontraram imensas mudanças psicológicas e de estilo de vida perante a chegada do primeiro filho. Ainda, Kao e Long (2004) afirmaram que os homens, futuros pais, nesta fase da sua vida, requerem apoio e, principalmente, mais informação de como serem pais e de um local onde possam expressar as suas ansiedades e aprenderem a desenvolver novas estratégias de coping, conclusões que corroboramos.

Teixeira et al. (2009) demonstraram que as primíparas e os seus companheiros têm maior nível de ansiedade no primeiro trimestre do que as múltiparas e os seus companheiros. No terceiro trimestre, são as múltiparas e os seus companheiros quem apresenta ansiedade aumentada em comparação com as primíparas e os seus companheiros. Este estudo ilustra o quanto a ansiedade é flutuante durante a gravidez em homens e em

mulheres conforme as situações a que são expostos. Porém, não podemos comparar os nossos resultados por terem sido obtidos no segundo trimestre.

Analogamente, no terceiro trimestre, Condon e Esuvaranathan (1990) realizaram um estudo muito interessante a fim de observar os níveis de stress psicológico na gravidez. Os autores compararam casais grávidos pela primeira vez com casais grávidos que já têm pelo menos outro filho, às trinta e quatro semanas de gestação. Nas mulheres, não encontraram diferenças significativas nos níveis de stress atribuídos à paridade, embora a média seja mais alta nas primíparas. Os autores notaram que os homens que vão ser pais pela primeira vez têm menores níveis de stress do que os que já têm filhos, discordando do nosso estudo onde as diferenças não são significativas nos homens conforme o número de filhos, mas sim nas mulheres com as multigestas a apresentarem significativamente mais stress. Condon e Esuvaranathan (1990) atribuíram o aumento do stress nos casais múltiparos (devido ao contributo dos homens) a variáveis do meio tais como as exigências colocadas pelos outros filhos e as dificuldades financeiras. Este resultado pode ser consolidado com os nossos resultados no sentido em que as mulheres multigestas estão significativamente mais stressadas do que as primigestas podendo contribuir para o aumento do stress no seio do casal.

Um estudo israelita, citado pelos autores supra-referenciados, comparou pais expectantes com homens casados sem filhos e mostrou que os primeiros tinham níveis muito mais elevados de ansiedade. Os estudos tiveram como limitação não informarem a idade gestacional. A conclusão dos estudos supracitados é inversa aos nossos resultados, uma vez que apontam para a experiência de uma gravidez mais stressante nos homens que vão ser pais pela segunda ou mais vezes, o que não se verificou na nossa investigação. Importa salientar a influência da cultura nos resultados encontrados, uma vez que as questões relacionadas com a gravidez são sensíveis aos aspectos culturais.

As estratégias de resolução de problemas, o stress no contexto profissional e os sintomas psicopatológicos das mulheres primigestas em comparação com as multigestas, e dos homens que esperam o primeiro filho quando comparados com os que já têm pelo menos um filho, não revelam diferenças significativas entre os grupos.

Contudo, para Colman e Colman (1994), tornar-se pai pela primeira, segunda ou quinta vez exige uma reorientação total do significado da vida, assim como a experiência vivida no aparelho psíquico do futuro pai durante a gravidez que pode caracterizar-se através de uma solução psicossomática (Brennan et al., 2007). Perante os resultados obtidos

na nossa investigação, podemos garantir que não é o número de filhos, mas a vinda dos filhos que pode alterar a dinâmica psicológica dos pais.

As perturbações da personalidade estão fortemente associadas aos sintomas psicopatológicos durante e depois da gravidez. Um estudo de Borjesson et al. (2005) acerca da prevalência das perturbações de personalidade em primíparas, avaliadas durante a gravidez e após o parto, indicou que esta foi de 6.4%. Os autores encontraram maior número de sintomas psicopatológicos nas primíparas, durante a gravidez do que depois do parto. A somatização foi o sintoma onde as diferenças foram mais acentuadas entre os dois períodos. Acontece que os factores de risco para as perturbações psicopatológicas, no estudo atrás referido, foram o baixo nível socioeconómico, nacionalidade não europeia, baixa idade e tratamento anterior para problemas mentais, características diferentes daquelas que caracterizam a amostra que temos em discussão. Na nossa amostra são as multigestas que apresentam níveis mais elevados de sintomas psicopatológicos, mas as diferenças em relação às primigestas não são significativas. De facto, os factores de risco social são fundamentais na adaptação psicológica aos novos contextos.

H₄ – A vinculação pré-natal materna está correlacionada positivamente com variáveis psicológicas, tais como as atitudes sobre a gravidez, satisfação conjugal e coping e negativamente correlacionada com outras variáveis psicológicas tais como os estados de humor negativos, os sintomas psicopatológicos e o stress profissional. A vinculação pré-natal paterna está correlacionada no mesmo sentido com as mesmas variáveis psicológicas observadas nos homens.

O estudo psicológico da gravidez centra-se, aqui, na vinculação pré-natal. Assim, discutimos a associação entre a vinculação pré-natal materna e suas dimensões e as variáveis psicológicas das mulheres, e entre a vinculação pré-natal paterna e suas dimensões e as variáveis psicológicas dos homens.

Começamos a discussão de resultados a partir da associação entre a vinculação pré-natal materna total e suas dimensões, qualidade da vinculação e intensidade da preocupação e as atitudes da mulher grávida face à gravidez e maternidade representada pelas suas sete sub-escalas. Nestas, verificámos que quanto mais elevada é a vinculação pré-natal materna total, a qualidade da vinculação materna e a intensidade da preocupação materna com o feto, mais elevadas são as atitudes face à gravidez e maternidade nas subescalas filho imaginado, imagem corporal e necessidade de dependência, gravidez como factor de

mudança e crescimento pessoal, relação com a própria mãe, apoio do marido/companheiro e boa mãe.

Pode-se dizer que estes resultados são concordantes com os estudos de vários autores ainda que não tenham sido realizados com o conceito actual de vinculação pré-natal. Em relação ao filho imaginado, Stern e Stern (2005) afirmaram que a construção da imaginação sobre o bebé tem como padrão mais comum a décima segunda semana existindo, contudo, mulheres que necessitam de mais tempo para tal. Segundo Golse (2007) a criança imaginária é filha do desejo e dos sonhos dos pais e parece ser neste sentido que o filho imaginado está associado à vinculação pré-natal e às suas dimensões. Brazelton e Cramer (1993), Condon e Corkindale (1997), Lebovici (1987, 1998) bem como Mazet e Stoleru (1990) consideram que a relação da mãe com o feto é modelada pela sua vida imaginária, consciente e fantasmática ou inconsciente, que servirá de prelúdio à relação que vai estabelecer posteriormente com o seu filho.

No que respeita à imagem corporal associada às mudanças corporais, estas podem ser vividas com orgulho pelo corpo grávido (Maldonado, 1991), pois onde está um bebé em crescimento e desenvolvimento será mais aceitável para as mulheres o aumento de peso na gravidez do que fora dela (Davies & Wardle, 1994). Em consonância com os nossos resultados, foram encontradas correlações positivas entre a vinculação pré-natal e a percepção do crescimento e desenvolvimento fetal das 16 às 20 semanas de gestação (Heidrich & Cranley, 1989) que implica o aumento do abdómen e a mudança do corpo.

A associação entre, por um lado, a vinculação pré-natal materna total e as suas dimensões e, por outro lado, a relação com a própria mãe, o apoio do marido/companheiro e a boa mãe, podem ser suportadas na teoria de Bowlby (1988) quando reconhece a necessidade de a grávida ter apoio de outros para se ligar ao feto, uma vez que o comportamento de vinculação se encontra não só nas crianças, mas também nos adolescentes e adultos que experienciam ansiedade ou stress, sendo normal que a mulher à espera de um bebé exija cuidados e apoio de pessoas significativas. A mulher pode ter um aumento das necessidades de apoio da própria mãe, com quem se identifica, ou do companheiro, para partilha e validação da sua experiência, e também de mulheres mais experientes para se reassegurar do seu papel. O apoio social dos membros da família e a rede social são preditores muito significativos da vinculação materno-fetal (Cranley, 1984; Condon & Corkindale, 1997).

A mulher faz, portanto, uma regressão, com transferência da dependência da mãe para a dependência do companheiro (Colman & Colman, 1994), passando o marido, no

segundo trimestre, a constituir o garante da reserva de recursos necessários à mulher (Justo, 1994).

Siddiqui et al. (2000a) mostraram que as experiências de vinculação percebidas pela mulher na sua infância têm impacto na vinculação pré-natal futura. Uma forte vinculação emocional pré-natal era formada entre aquelas que experimentaram emoções mais calorosas por parte das suas mães e rejeição por parte dos seus pais. Os resultados ressaltam a importância da função paterna no desenvolvimento da identificação materna e da competência para estabelecer a vinculação pré-natal. Quanto mais calorosa a relação com a mãe, maior vinculação total ao feto, na fantasia e no prazer. Quanto maior a rejeição emocional por parte da mãe e do pai, maior diferenciação do feto, percebendo-o como separado e enquanto uma pessoa real. O aspecto transgeracional não foi explorado neste trabalho, mas estes resultados confirmam a sua importância.

No que se refere aos aspectos difíceis da gravidez e da maternidade, estes ligam-se em sentido oposto à qualidade da vinculação materna, fazendo-a decrescer quando se elevam. A associação dos aspectos difíceis da gravidez e da maternidade com a vinculação pré-natal materna total e a intensidade da preocupação materna com o feto não é significativa. O comprometimento da qualidade da vinculação materna quando a mulher sente a gravidez e a maternidade como um momento difícil é apoiado por Brazelton e Cramer (1993), Cordeiro (1991) e Maldonado (1991), entre outros, ao referirem que a mulher na gravidez revive conflitos anteriores e problemas não resolvidos que podem constituir um desafio e uma ameaça à sua estrutura psíquica. Raphael-Leff (1997) afirmou que algumas mães não conseguem investir na gravidez por medo que esta não corresponda aos seus desejos.

O elo de ligação entre as mulheres e os homens em estudo e, porventura, a razão pela qual se tornam pais é a conjugalidade. No nosso estudo, há correlações fortes, positivas e muito significativas entre a vinculação pré-natal materna total, a qualidade da vinculação e a intensidade da preocupação e a satisfação das mulheres com a vida conjugal (total, a funcionalidade conjugal e amor e as zonas focadas no casal, no próprio ou no outro). O mesmo se verifica com os homens. Nestes, encontrámos correlações moderadas, positivas e significativas entre a vinculação pré-natal paterna, a qualidade da vinculação e a intensidade da preocupação e a satisfação com a vida conjugal total e suas dimensões e zonas. Os bons níveis de satisfação com a vida conjugal equivalem a bons níveis de vinculação pré-natal nas mulheres e nos homens que esperam um filho.

Estes resultados são concordantes com os dos autores que confirmam a forte associação entre a satisfação com a conjugalidade e a vinculação de cada progenitor ao feto (e.g., Brandon et al., 2008; Condon & Corkindale, 1997; Cowan & Cowan, 1992; Isabella & Belsky, 1985; Lee & Doherty, 2007; Mercer et al., 1988; Siddiqui et al., 1999; Wilson et al., 2000, etc.). Por exemplo, Wilson et al. (2000) observaram que mulheres que evidenciam níveis mais elevados de intimidade nas relações conjugais e familiares parecem ter maior vinculação ao feto. Siddiqui et al. (1999) referiram que as mães com experiências positivas nas relações com os maridos/companheiros expressam mais vinculação ao seu bebê antes de nascer. Mercer et al. (1988) concluíram que a vinculação materno-fetal está positivamente relacionada com a relação com o companheiro nas grávidas de baixo risco, o mesmo não ocorrendo nas grávidas de alto risco. Sentimentos positivos de vinculação materno-fetal durante a gravidez têm sido associados à concordância do marido face à gravidez (Choen, 1993; Cranley, 1981; Williams et al., 1987). E, nas relações conjugais, a vinculação pré-natal está mais consistente e positivamente correlacionada com os melhores níveis de cuidados conjugais, correlacionando-se negativamente com os altos níveis de controlo conjugal (Condon & Corkindale, 1997).

A dinâmica familiar é um aspecto a ter em conta no que respeita à vinculação, pois está associada a melhor vinculação pré-natal em mães e pais quando é positiva (White et al., 1999). De facto, muitos estudos têm mostrado que vinculações seguras entre os pais e os filhos e atitudes parentais de sensibilidade estão ligadas à qualidade positiva das relações conjugais e, pelo contrário, conflitos no casamento estão ligados a problemas de comportamento nas crianças (Gerner, 2005). Brandon et al. (2008) mostraram que existe uma relação positiva e significativa entre a vinculação pré-natal e a satisfação com a relação diádica em grávidas de alto risco. Um estudo surpreendente mostrou, no entanto, que a vinculação paterno-fetal é mais elevada em pais com maior mutualidade familiar e mais conflitos (Wilson et al., 2000).

Discordantes dos nossos e dos autores atrás citados são os resultados de Muller (1993) que não encontraram associações significativas entre as relações conjugais e a vinculação pré-natal medidas com a Marital Relations (subescala da Maternal Adjustment and Maternal Attitude Scale) e o Prenatal Attachment Inventory. Porém, estudos acerca da rejeição da gravidez e do papel materno ligada a dificuldades conjugais e ao ajustamento sexual foram publicados em 1967 por Heinsteins (Nelson, 1997) e continuam a ser corroborados pela maior parte dos estudos publicados.

A vinculação pré-natal materna correlaciona-se com alguns dos estados emocionais negativos da mulher, assim como alguns estados emocionais negativos do homem se correlacionam negativamente com a vinculação do pai ao feto. A depressão na mulher está correlacionada negativa e significativamente com a sua vinculação pré-natal total, com a qualidade da vinculação e com a intensidade da preocupação. No homem, a depressão apenas está associada negativamente à sua qualidade da vinculação.

A ansiedade na mulher está correlacionada negativa e significativamente com a qualidade da vinculação materna, mas não tem significância estatística com a intensidade da preocupação nem com a vinculação pré-natal materna total. No homem, a ansiedade está correlacionada positiva e significativamente com a intensidade da preocupação paterna.

O stress e os estados emocionais negativos totais estão correlacionados negativa e significativamente com a qualidade da vinculação materna e com a vinculação pré-natal materna total, mas não com a intensidade da preocupação. E, nos homens, o seu stress e os seus estados emocionais negativos totais correlacionam-se negativa e significativamente com a qualidade da vinculação paterna.

Muitos estudos sobre vinculação pré-natal têm analisado as relações com os estados emocionais negativos, nomeadamente o stress, a ansiedade e a depressão vividos pela mulher e pelo homem (embora nestes em menor número) durante a gravidez. A tónica tem sido colocada na depressão, uma vez que é uma patologia presente em 10% das grávidas e que afecta a relação com o feto (Kunkel & Doan, 2003). Segundo os autores, a depressão na gravidez é um preditor significativo da depressão pós-parto, assim como o são outros factores incluindo a auto-estima, o stress, a ansiedade pré-natal, os acontecimentos stressantes de vida e o apoio social. Quando os níveis de depressão se elevam, comprometem, indiscutivelmente, a relação estabelecida entre a mãe e o bebé e o seu desenvolvimento futuro, o que corresponde aos resultados do nosso estudo em que a depressão está correlacionada negativa e significativamente com a vinculação pré-natal materna e suas dimensões. No homem, a correlação é negativa e significativa apenas na qualidade da vinculação paterna.

De acordo com estes resultados, estão os trabalhos de Brandon (2007), de Condon e Corkindale (1997) e de Kunkel e Doan (2003), ao mostrarem que a sintomatologia depressiva na mulher está associada à baixa vinculação pré-natal materna total, assim como à dimensão qualidade da vinculação materna. Mas, quando se considera a dimensão intensidade da preocupação materna, os autores não encontram essa associação, contrariamente ao resultado que obtivemos nesta dimensão. Porém, o resultado do nosso

estudo é concordante com o estudo de White et al. (2008) em que a depressão está associada negativa e significativamente à qualidade da vinculação e à intensidade da preocupação ($p < .01$). Brandon (2007) confirmou que os sintomas depressivos têm forte associação com a redução da vinculação, mais do que a dependência ou as tendências de auto-crítica da personalidade.

Scharfe (2007) confirmou a associação entre a representação da vinculação pré-natal na mulher e os episódios depressivos durante a gravidez e no pós-parto precoce (até aos seis meses). Os níveis de vinculação pré-natal estiveram associados à avaliação pré e pós natal e à depressão sendo que as correlações não diferiram ao longo do tempo apesar de decrescerem, significativamente, os níveis de humor deprimido entre a gravidez e os seis meses após o parto.

Mercer et al. (1988) observaram uma correlação negativa entre a vinculação pré-natal e a depressão em grávidas de baixo risco, o que está de acordo com os nossos resultados pois a nossa amostra é também de baixo risco.

Condon e Corkindale (1997) também estabeleceram uma forte ligação entre a vinculação pré-natal e a depressão. Afirmaram que a depressão prejudica a experiência de prazer na proximidade com o feto, assim como outras experiências afectivas positivas que ajudariam a neutralizar o stress da gravidez. Os autores consideram que as mulheres deprimidas durante a gravidez têm baixa antecipação positiva dos seus bebés, o que pode afectar negativamente a maneira como interagem com o filho. A mulher deprimida pode também experienciar o feto como fonte de irritação ou culpa, ou sentir-se mesmo invadida pela presença fetal. Outros estudos, pelo contrário, nomeadamente o de Pearce e Ayers (2005), mostraram que a depressão pré-natal não afecta a interacção precoce mãe-filho, o que afecta esta interacção é a depressão pós-parto.

Também discordantes foram os trabalhos de Cranley (1981), Muller (1992), Lindgren (2001) e Honjo et al., (2003), pois não encontraram correlação entre a depressão e a vinculação materna na gravidez. Hart e McMahon (2006), no estudo com a MPAAS, não encontraram associação entre a qualidade da vinculação ou intensidade da preocupação e a depressão na gravidez (avaliada com a EPDS) numa amostra de grávidas de baixo risco com 20 a 38 semanas de gestação. Brandon et al. (2008) mostraram que grávidas de alto risco obstétrico, hospitalizadas por um período de tempo superior a setenta e duas horas e com diagnóstico de depressão major tinham sintomas depressivos de menor severidade quando apresentavam vinculação pré-natal forte.

Utilizando a MFAS, numa perspectiva multidimensional, com cinco factores, em homens e mulheres, Seimyr et al. (2009) não encontraram associação entre a depressão na gravidez e três das dimensões obtidas, mas encontraram-na com a dimensão experiência dos movimentos fetais e do contacto físico com o feto, com valores mais elevados na depressão em mulheres que apresentam valores mais elevados nesta dimensão, indicando forte contacto e sensibilidade aos movimentos fetais.

Comprovando os nossos resultados em relação à vinculação paterna total, estão os estudos de Kunkel e Doan (2003) e de Rodrigues et al. (2004) que não encontraram associação entre a vinculação paterno-fetal e a depressão. Estes estudos não se referem às dimensões da vinculação paterna. A grande parte dos estudos aponta para que a depressão na gravidez se relacione com menos saúde pré-natal observada por baixo ganho ponderal, abuso de drogas e de tabaco (Zuckerman, Frank & Hingson, 1898), significando fraca ligação ao bebé.

Na opinião de Condon e Corkindale (1997), o impacto da depressão na vinculação pré-natal não é imprevisível. Perante os estudos apresentados, consideramos que as relações entre a vinculação pré-natal materna e a depressão deverão continuar a ser clarificadas em estudos posteriores.

Na investigação em curso, a ansiedade materna está negativa e significativamente associada à qualidade da vinculação materna e o stress e a DASS total estão ambos negativa e significativamente associados à qualidade da vinculação materna e à vinculação pré-natal materna total. Condon e Corkindale (1997) mostraram que no terceiro trimestre de gravidez as mulheres com baixa vinculação se caracterizavam por altos níveis de ansiedade e depressão e baixos níveis de apoio social, excluindo as relações com o companheiro, o que corrobora os nossos resultados mas apenas no caso da depressão e, no caso da ansiedade, na qualidade da vinculação materna.

Rodrigues et al. (2004) mostraram que a ansiedade cognitiva e a ansiedade fisiológica estão negativamente associadas à vinculação materno-fetal no terceiro trimestre de gravidez. A ansiedade motora não influencia a vinculação. Mercer et al. (1988) encontraram uma associação positiva entre a ansiedade e a vinculação materno-fetal em grávidas de baixo e de alto risco.

Precisamente como nos nossos resultados, Hart e McMahon (2006) e White et al. (2008) encontraram correlações negativas e significativas entre a ansiedade (neste caso, traço e estado) e a qualidade da vinculação materna pré-natal, mas não entre a ansiedade e a intensidade da preocupação. Mostraram, ainda, que a história anterior de ansiedade está

significativa e positivamente associada à qualidade da vinculação pré-natal. Gaffney (1986) encontrou uma relação significativa inversa entre a vinculação materno-fetal global e a ansiedade estado, mas não com a ansiedade traço.

Nos homens do nosso estudo, a qualidade da vinculação paterna não se correlaciona significativamente com a ansiedade, mas a intensidade da preocupação paterna correlaciona-se significativamente e positivamente com a ansiedade apontando para o aumento da ansiedade nos futuros pais quando aumenta a sua preocupação com o feto.

No que se refere ao stress, tal como nos nossos resultados, Cranley (1981) referiu existir correlação negativa entre o stress percebido pelas grávidas e a vinculação pré-natal. Contudo, autores que replicaram o estudo não encontraram tais resultados (Curry, 1987; Grace, 1989; Mercer et al., 1988). Mikulincer e Florian (1999) mostraram que a vinculação materno-fetal estava negativamente relacionada com o distress psicológico no primeiro mas não no segundo e no terceiro trimestres, resultado que não é concordante com aquele que obtivemos no segundo trimestre de gestação. White et al. (2008) não encontraram associação entre a vinculação pré-natal e o distress pré-natal.

Por seu lado, o stress dos homens que esperam um filho correlaciona-se negativa e significativamente com a qualidade da vinculação paterna apontando para a sua redução face ao aumento dos níveis de stress, mas não estabelece correlações significativas com a intensidade da preocupação paterna ou com a vinculação pré-natal paterna total. A base biológica das grandes mudanças de humor que ocorrem na mulher, durante a gravidez e no pós-parto (Jolley & Spach, 2008), necessitam de ser estudadas em mais profundidade também no homem, uma vez que o seu stress não se relaciona com a vinculação pré-natal e com a intensidade da preocupação e a sua ansiedade correlaciona-se positiva e significativamente com a intensidade da preocupação paterna.

Porém, a qualidade da vinculação paterna é sensível às variações do stress. Estas podem estar relacionadas com as mudanças nos níveis hormonais no homem que se prepara para a paternidade, exprimindo as suas emoções e aumentando o número de sintomas do tipo “Couvade” (Brennan et al., 2007a).

Na análise da relação entre os sintomas psicopatológicos e a vinculação ao feto em mulheres e em homens verificamos que, nas mulheres, a vinculação pré-natal materna total se correlaciona negativamente com todos os sintomas psicopatológicos, à excepção da ansiedade fóbica. Os sintomas psicopatológicos são: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ideação paranóide e psicoticismo e índices totais (IGS, TSP e ISP). A qualidade da vinculação materna

correlaciona-se inversamente com todos os sintomas e índices e não há correlação significativa entre os sintomas psicopatológicos e índices totais e a intensidade da preocupação materna. A vinculação pré-natal total e a qualidade da vinculação materna são muito sensíveis aos sintomas psicopatológicos, o que não acontece com a intensidade da preocupação materna.

Nos homens, a vinculação pré-natal paterna total diminui com o aumento das obsessões-compulsões e da sensibilidade interpessoal e a qualidade da vinculação diminui à medida que aumentam as obsessões-compulsões, a sensibilidade interpessoal, a depressão, a hostilidade, a ideação paranóide, o psicoticismo, o IGS e o TSP. Quanto à intensidade da preocupação paterna, esta aumenta com o incremento dos níveis de somatização. Nos homens, a qualidade da vinculação é mais sensível aos sintomas psicopatológicos do que a vinculação total ao feto e a intensidade da preocupação.

A intensidade da preocupação com o feto é sensível às alterações somáticas, aumentando quando aumenta a somatização no homem, o que é um dado interessante para a compreensão da psicossomática durante a gravidez ou síndrome de couvade, atrás caracterizado, de acordo com vários autores (e.g., Boyce et al., 2007; Brennan et al., 2007a, 2007b; Conner & Denson, 1990; Masoni et al., 1994; Raphael-Leff, 2009).

A propósito da somatização materna, um estudo de Siddiqui et al. (1999) indicou que as queixas psicossomáticas experimentadas pelas mulheres grávidas não têm influência na vinculação pré-natal total avaliada pelo PAI. No entanto, quando analisaram as dimensões da escala, depararam-se com uma correlação significativa e negativa entre a afeição e os sintomas cardíacos ($r = -.23, p < .001$) e com uma correlação positiva entre a diferenciação do feto e os sintomas gástricos ($r = .16, p < .05$), sendo que são estas mulheres que melhor se auto-preparam para o parto. Estes últimos resultados são corroborados pelos nossos no que se refere à somatização, cuja correlação com a vinculação pré-natal materna total e com a qualidade da vinculação materna é negativa e significativa.

Vedova et al. (2008), aplicando a escala de alexitimia de Toronto e o PAI a uma amostra de 214 grávidas de baixo risco identificaram 70.1% não alexitímicas, 19.8% eram moderadamente e 10.2% estavam alexitímicas. Concluíram que a vinculação pré-natal total se correlaciona negativamente com o estado emocional, com o pensamento orientado para a externalidade e com a dificuldade em descrever os estados emocionais, aspectos ligados à imaginação materna e ao investimento emocional no feto.

Tal como foi afirmado por Bibring et al. (1961), a gravidez envolve alterações somáticas e psicológicas, obrigando a novas tarefas adaptativas e à resolução de conflitos anteriores não resolvidos.

Quanto à relação entre a vinculação pré-natal e as estratégias de resolução de problemas, nas mulheres e nos homens, a vinculação pré-natal total correlaciona-se positiva e significativamente com o coping total (IRP) e com o confronto e resolução activa de problemas e planificação da estratégia, indicando que estratégias de coping globais e de confronto adequadas e favoráveis favorecem a vinculação da mãe e do pai ao feto, quer globalmente quer em qualidade. Diferente, em homens e mulheres, é o pedido de ajuda. Nos homens não se correlaciona significativamente com a vinculação pré-natal. Nas mulheres correlaciona-se significativa e negativamente com a vinculação materno-fetal, mostrando-se um coping desfavorável. No entanto, este coping desfavorável na gravidez poderá constituir uma forma adaptativa para este período crítico do ciclo vital da mulher. E, também, a correlação do controlo interno/externo dos problemas com a vinculação pré-natal na mulher não é significativo, e é positivo e significativo nos homens, aumentando portanto a vinculação paterno-fetal.

A qualidade da vinculação e a sua relação com as estratégias de coping é muito semelhante em homens e em mulheres. O coping total, o confronto e a resolução activa de problemas e planificação da estratégia, o abandono passivo e o controlo interno/externo dos problemas associam-se positiva e significativamente. O pedido de ajuda e as estratégias de controlo das emoções não se relacionam significativamente com a qualidade da vinculação materna ou paterna. O factor auto-responsabilização e medo das consequências correlaciona-se significativa e positivamente com a qualidade da vinculação nas mulheres e de forma não significativa nos homens. Este resultado é muito interessante uma vez que as mulheres têm melhor qualidade de vinculação quando este factor está mais presente, denotando o interesse, envolvimento e consciência dos riscos que correm durante a gravidez.

A intensidade da preocupação e sua relação com o coping é muito diferente em homens e mulheres. Nos homens, não há qualquer relação estatisticamente significativa com o coping total e factores. Nas mulheres, essa relação existe e é positiva no confronto e resolução activa dos problemas e planificação da estratégia tal como se verificou com a qualidade da vinculação materna e no pedido de ajuda que diminui com o aumento da intensidade da preocupação materna, o que aconteceu igualmente com a vinculação pré-natal total materna.

De acordo com os nossos resultados, temos o estudo de Mikulincer e Florian (1999) onde mostraram estar a vinculação materno-fetal positivamente relacionada com o coping no primeiro, mas não no segundo trimestre de gravidez. Pelo contrário, Phipps e Zinn (1986) não encontraram associação entre o coping e a vinculação materno-fetal. White et al. (2008) mostraram que o coping de “avaliação positiva” está correlacionado positiva e significativamente ($p \leq .01$) com a qualidade da vinculação e com a intensidade da preocupação. O coping de evitamento está negativa e significativamente associado à qualidade da vinculação ($p < .01$) e à intensidade da preocupação ($p < .05$). Estes resultados podem ser considerados contraditórios com os nossos no que diz respeito ao abandono passivo, pois o seu aumento acresce os níveis da qualidade da vinculação. Por outro lado podemos considerar concordantes com os resultados dos autores o facto de o confronto, o controlo e a auto-responsabilização, bem como as estratégias de coping activas estarem positivamente associadas à qualidade da vinculação.

White et al. (2008) acrescentaram que o coping de preparação está positiva e significativamente associado à intensidade da preocupação ($p < .01$) e consideram que o coping é o melhor preditor da vinculação pré-natal.

Não encontramos estudos que relacionem coping e vinculação pré-natal paterna. Contudo, acreditamos que os nossos resultados são um bom indicador da importância do coping no aumento da vinculação pré-natal paterna, assim como o controlo e o confronto estão mais evidenciados no aumento dessa vinculação. Nos pais, não há associação significativa da vinculação pré-natal total e da intensidade da preocupação com as estratégias de coping passivas como o abandono, mas entre estas estratégias e a qualidade da vinculação paterna a correlação é positiva e significativa. A relação com estratégias activas verifica-se no coping total, no confronto e resolução de problemas e nas estratégias de controlo das emoções, em que todas contribuem para a elevação da vinculação pré-natal paterna e da qualidade da vinculação do pai ao feto.

H₅ – Tanto no grupo das mulheres como no grupo dos homens, existem diferenças na vinculação pré-natal, tendo em conta os grupos constituídos com base nas variáveis sociodemográficas (e.g., idade, escolaridade, profissão, nível socioeconómico) e clínicas (e.g., planeamento da gravidez, dificuldade em engravidar).

Depois de termos procedido à discussão da relação entre a vinculação pré-natal (mãe-feto e pai-feto) e as variáveis psicológicas dos sujeitos em estudo, vamos discutir as

diferenças entre a vinculação pré-natal e as variáveis sociodemográficas e clínicas. Começamos pela discussão dos resultados relativos às características sociodemográficas.

Os nossos resultados permitem-nos afirmar, inequivocamente, que a idade influencia a vinculação total da mãe ao feto e a intensidade da preocupação materna, sendo as mulheres mais novas as que estão mais vinculadas, em média, ao seu bebé no útero. No que respeita à qualidade da vinculação materna, apesar de as diferenças serem significativas entre esta e a idade por faixas etárias, devemos ser prudentes na generalização do resultado uma vez que o poder do teste é relativamente baixo ($P = 0.65$), o que não acontece nas restantes dimensões, permitindo garantir os resultados apenas nesta amostra. Além disso, a correlação entre a idade em anos e a qualidade da vinculação materna não é estatisticamente significativa. A qualidade da vinculação da mãe com o feto parece não ser, portanto, influenciada pela idade da mulher, tornando esta dimensão numa variável psicológica robusta face ao factor idade.

Os estudos publicados não têm sido consistentes a respeito da associação entre a idade e a vinculação pré-natal. Muitos estudos mostraram que a vinculação pré-natal materna não está relacionada com a idade materna (Curry, 1987; Fuller et al., 1993; Grace, 1989; Kemp & Page, 1986; Lerum & LoBiondo-Wood, 1989; Righetti et al., 2005; Vedova et al., 2008; Zachariah, 1994), mesmo em grávidas de risco (Brandon et al., 2008; White et al., 2008). Outros estudos indicam que a idade materna está inversamente relacionada com a vinculação pré-natal (Bielawska-Batorowicz & Siddiqui, 2008; Hart & McMahon, 2006; Hjelmstedt et al., 2006; Lindgren, 2001; Muller, 1993; Siddiqui et al., 1999, 2000b).

Nos homens, conforme as faixas etárias, não há diferenças entre média na qualidade da vinculação nem na vinculação pré-natal total mas existem diferenças entre médias na intensidade da preocupação paterna, sendo os homens de 41 a 55 anos a estarem menos preocupados com o feto comparativamente com os de 18 a 25 anos. Este resultado é confirmado com o teste de correlação em que a intensidade da preocupação paterna e a vinculação pré-natal paterna se correlacionam negativa e significativamente com a idade dos homens.

Não encontramos estudos que sustentassem os nossos resultados paternos mas compreende-se que os homens mais novos, por serem menos experientes, nomeadamente na paternidade, se preocupem mais com o feto e com a vinda de uma criança que os vai tornar pais. Teria sido importante controlar a paridade nesta análise estatística pois paridade e idade estão habitualmente associadas podendo ter enviesado este resultado.

O estado civil ou estatuto conjugal (casado ou a viver em união de facto) não influencia a vinculação ao feto, nem no total e nem nas suas dimensões quer nas grávidas quer nos homens que esperam um filho. Este resultado é contrário a Lorensen et al. (2004) ao mostrar que, nos casais que co-habitam, as mães e os pais são mais vinculados ao feto do que no caso de serem casados, embora nos nossos resultados essa tendência seja apenas observada nos homens.

Um estudo de Muller (1996b), não concordante com os resultados que evidenciámos, mostrou que o estatuto conjugal influencia fortemente a vinculação pré e pós natal, sendo que as mulheres solteiras estão mais vinculadas ao feto e ao recém-nascido do que as casadas ou do que aquelas que vivem com o companheiro. Estudos mais recentes notaram, porém, não haver diferenças entre o estado civil e a vinculação pré-natal (Siddiqui et al., 1999; Vedova et al., 2008), resultados estes corroborados por nós quer em mulheres quer em homens.

A escolaridade, analisada por categorias, não influencia a qualidade da vinculação materna, a intensidade da preocupação materna e a vinculação pré-natal total. No entanto, gostaríamos de referir a tendência estatística para que as mulheres com menor escolaridade (categoria 3) tenham maior a intensidade da preocupação materna em comparação com as mulheres com escolaridade superior. Esta tendência foi confirmada pelo teste de correlação que evidenciou uma associação negativa e significativa entre os anos de escolaridade e a intensidade da preocupação materna com o feto. Contudo, aceitamos o resultado do teste de diferenças de médias por nos dar mais garantias estatísticas dada a sua força.

Os testes de diferença de médias mostraram que a escolaridade dos homens, analisada por categorias, não influencia a qualidade da vinculação paterna, a intensidade da preocupação paterna e a vinculação pré-natal paterna total. A maior parte dos estudos publicados indica que não há relação entre os anos de escolaridade e a vinculação pré-natal, tal como verificamos no nosso estudo (Kemp & Page, 1986; Curry, 1987; Grace, 1989; Lerum & LoBiondo-Wood, 1989; Fuller et al., 1993; Siddiqui et al., 1999; Righetti et al., 2005; Vedova et al., 2008). Outros estudos apontam, no entanto, para um decréscimo da vinculação pré-natal quando os anos de escolaridade aumentam (Lindgren, 2001; Mercer et al., 1988; Muller, 1993; 1996b), o que vai ao encontro da tendência que verificámos na intensidade da preocupação materna, mas cujo resultado não é estatisticamente significativo a não ser na correlação. Não há, portanto, influência da escolaridade na vinculação pré-natal materna e paterna.

A profissão desempenhada pelas mulheres e pelos homens não exerce influência na vinculação pré-natal total, na qualidade da vinculação ou na intensidade da preocupação. Estes resultados, no que diz respeito à profissão, são consonantes com os de Vedova et al. (2008).

O tipo de estatuto ocupacional da mulher não influencia significativamente a vinculação pré-natal materna total, a qualidade da vinculação materna e a intensidade da preocupação materna, ao contrário de Honjo et al. (2003) que referiu ser a forma de emprego um factor associado à vinculação materno-fetal. E, nos homens em estudo, o tipo de estatuto ocupacional influencia as médias da qualidade da vinculação paterna sendo mais elevado nos que têm um estatuto ocupacional contratual (contratos de trabalho ou trabalho temporário). Não há influência do estatuto ocupacional na intensidade da preocupação paterna nem na vinculação pré-natal paterna total. Estes resultados são muito interessantes se tivermos em conta o conflito interno pelo qual passa o homem para assegurar financeiramente a vinda do bebé e o seu conforto, o que o levará a estar mais próximo, emocionalmente.

As fontes de rendimentos pessoais não influenciam a vinculação pré-natal e suas dimensões nem nas mulheres nem nos homens. Estes aspectos concorrem para a determinação do estatuto socioeconómico da mulher, do homem e do casal. A qualidade da vinculação materna é superior nas mulheres economicamente mais favorecidas, mas o estatuto socioeconómico dos homens não influencia a vinculação destes ao feto, quer no total, quer nas dimensões.

Quando nos debruçamos sobre o estatuto socioeconómico do casal, este mostra que a vinculação pré-natal total materna não difere significativamente face ao tipo de estatuto e, apesar de a qualidade da vinculação materna e a intensidade da preocupação materna terem diferenças significativas, o poder do teste é baixo pelo que não as consideramos relevantes. No entanto, em média, a qualidade da vinculação materna aumenta com o aumento do estatuto socioeconómico do casal e a intensidade da preocupação materna diminui com o aumento do estatuto socioeconómico do casal. Nos homens, não há diferenças significativas na vinculação pré-natal total e na qualidade da vinculação paterna consoante o estatuto socioeconómico do casal, mas há diferenças significativas entre a intensidade da preocupação paterna e o referido estatuto, em que a elevação do nível da intensidade da preocupação paterna ocorre quando o referido estatuto decresce.

Os estudos publicados, em parte, estão de acordo com os nossos resultados, pois afirmam que a vinculação materno-fetal parece não sofrer influências do estatuto

socioeconómico (Curry, 1987; Lindgren, 2001; Zachariah, 1994), o mesmo ocorrendo com a vinculação paterna ao feto (White et al., 1999), o que se verificou nos nossos resultados no que diz respeito à vinculação pré-natal total. Porém, em alguns estudos, verificou-se uma correlação inversa entre o estatuto socioeconómico e a vinculação materno-fetal (Muller, 1996b), o que está, em parte, consonante com os resultados que obtivemos na intensidade da preocupação. Também, concordante com os resultados obtidos na nossa investigação, está o estudo que aponta para a presença de uma baixa vinculação paterno-fetal em pais com estatuto socioeconómico mais elevado (Wilson et al., 2000).

Quanto ao tipo de habitação, o nosso estudo mostra que a residência em apartamentos está associada a um aumento da qualidade da vinculação materna. Este efeito não é significativo na intensidade da preocupação materna ou na vinculação pré-natal materna total. O tipo de habitação, apartamento ou moradia, não influencia a vinculação paterna ao feto, apesar de, em média, qualquer das dimensões ser mais elevada nos homens que moram em apartamentos. Associado a este resultado pode estar a dinâmica da família nuclear mais centrada em si e com menor influência da família alargada, mais típica da vida em moradias e em zonas mais rurais.

A constituição do agregado familiar não influencia a VPNM total, a qualidade da vinculação materna e a intensidade da preocupação materna. A QVP e a VPNP total não são influenciadas pela constituição do agregado familiar. Porém, esse agregado influencia a IPP, sendo esta significativamente superior, em média, nos homens que habitam com a mulher/companheira em comparação com aqueles que habitam com a mulher e um descendente. Este resultado prende-se com a discussão já realizada relativamente ao número de filhos, na hipótese H3.

O distrito da região Centro do país onde vivem as grávidas não tem efeito na VPNM total nem na qualidade da vinculação materna ou a intensidade da preocupação materna. Assim como a instituição de saúde que a grávida frequenta.

Passamos, em seguida, à discussão dos resultados obtidos no estudo das diferenças de médias que ocorrem na vinculação pré-natal conforme as variáveis clínicas estudadas.

As variáveis clínicas têm influência na vinculação pré-natal e, desde logo, o planeamento da gravidez é uma variável com grande relevância. Um importante conjunto de investigadores tem afirmado que o planeamento da gravidez influencia a vinculação que os pais estabelecem com o feto. Segundo Bouchard et al. (2006), cerca de 23% das gravidezes que chegam ao fim não são planeadas, resultados totalmente concordantes com

os nossos, uma vez que na nossa amostra 23.1% das mulheres e 23.6% dos homens referem não ter planeado a gravidez que está a decorrer.

Os níveis de vinculação pré-natal materna total, de qualidade da vinculação e de intensidade da preocupação são superiores nas mulheres que planearam a gravidez em comparação com aquelas que não a planearam. Nos homens, a qualidade da vinculação paterna é também superior nos homens que planearam a gravidez em comparação com aqueles que referem não o ter feito. Mas a vinculação pré-natal paterna total e a intensidade da preocupação paterna não são diferentes entre os dois grupos, não sendo, portanto, influenciada pelo planeamento da gravidez.

No que se refere ao planeamento da gravidez pelas mulheres, estes resultados são consistentes com os de Condon e Corkindale (1997) ao afirmarem que aquele favorece a vinculação pré-natal global, a qualidade e a intensidade dessa vinculação. Também, Siddiqui et al. (1999) notaram que as mulheres com gravidez planeada expressam mais afeição pelo feto. White et al. (2008) não encontraram associação entre planeamento da gravidez e qualidade da vinculação materna, mas encontraram uma relação negativa e significativa entre o planeamento da gravidez e a intensidade da preocupação. Magnusson e Lapane (2009) notaram que um dos factores que mais influencia o envolvimento dos futuros pais na gravidez é o planeamento da mesma. Pelo contrário, Bielawska-Batorowicz e Siddiqui (2008) e Vedova et al. (2008) não observaram a existência dessa ligação.

No que diz respeito às variáveis relacionadas com o planeamento da gravidez, o nosso estudo mostrou que as mulheres que aceitaram facilmente a vinda de uma gravidez não planeada apresentam níveis de vinculação pré-natal materna total e de qualidade da vinculação materna superiores em comparação com as mulheres que tiveram uma aceitação difícil da gravidez não planeada. No homem que vai ser pai, e tendo em conta a aceitação fácil ou difícil da gravidez não planeada, não são significativas as diferenças de médias na vinculação pré-natal total e dimensões, embora as médias sejam superiores nos casos em que houve aceitação fácil da gravidez não planeada.

A referência a este período como boa ou má altura para a vinda de um bebé não planeado por parte dos homens mostrou médias mais elevadas na QVP dos pais que consideram não haver razões para que esta não seja uma boa altura para a gravidez. A intensidade da preocupação paterna e a VPNP total não são influenciadas por esta perspectiva. Bouchard (2005) demonstrou que, na mulher e no homem, estiveram associados à gravidez não planeada vários factores, nomeadamente factores relacionais (como a existência de baixos níveis de vinculação segura e de altos níveis de vinculação

ansiosa-ambivalente ou evitante) e factores pessoais de risco (como a idade, escolaridade, rendimentos, duração da relação conjugal e estatuto conjugal, por um lado e, por outro lado, o alto nível de neuroticismo, depressão, stress percebido e baixo nível de ajustamento e de consciência).

De forma inversa ao planeamento da gravidez, a dificuldade em engravidar, aspecto complicado para a mulher que tem um projecto de maternidade definido no seu projecto de vida, não tem efeito na vinculação materno-fetal ou paterno-fetal da gravidez em curso, assim como nas dimensões qualidade da vinculação e intensidade da preocupação materna e paterna. Resultados semelhantes aos nossos, mas comparando grávidas em reprodução medicamente assistida com grávidas que conceberam naturalmente e sem dificuldade, foram apresentados por Hjelmstedt et al. (2006). Os autores referiram que a vinculação pré-natal não é diferente em ambos os grupos. Além disso, quando a VPN materna era elevada às 26 semanas, mantinha-se elevada às 36 semanas e o mesmo acontecia com a baixa vinculação independentemente do tipo de concepção.

O tempo decorrido desde a decisão de ficar grávida até que a gravidez se consumasse, nas mulheres que tiveram dificuldade em engravidar (menos de seis meses, entre seis meses a um ano, de um a dois anos, ou superior a dois anos), não exerceu influência na vinculação que estabeleceram com o feto. Ter consultado um médico especialista devido à situação, ou não o ter feito, não tem efeito na vinculação materno-fetal entre estas mulheres. Os nossos resultados são totalmente concordantes com Righetti et al. (2005) ao afirmarem que, no segundo trimestre, a intensidade da preocupação não sofre influência do tempo de gravidez e que, nos pais, não se observa a influência do tempo de gestação na vinculação pré-natal no mesmo período.

No nosso estudo, verificou-se que o tempo de gestação está correlacionado com a qualidade da vinculação materna e com a VPNM total mas não com a intensidade da preocupação materna. Nos homens, não há relação entre a vinculação paterna e o tempo de gestação. Em consonância com o resultado materno obtido na qualidade da vinculação e na vinculação pré-natal materna total, Caccia et al. (1991) afirmaram que a vinculação ao feto se inicia às 10 semanas de gestação e aumenta rapidamente até ao início das 16 semanas de gestação (Grace, 1989). O processo de familiarização com o feto (ou seja, concebê-lo como uma pessoa separada e distinta), através de características que podem ser conhecidas durante a gravidez, contribui para o processo de vinculação (Stainton, 1994). Mas Lawson e Turriff-Jonasson (2006) apoiam a posição de que o nível de vinculação aumenta e tem o seu

máximo no segundo trimestre de gravidez, momento em que o primeiro tempo da nossa investigação foi realizado.

Os resultados obtidos nas mulheres são concordantes com muitos estudos publicados ao afirmarem que a vinculação pré-natal materna aumenta ao longo da gravidez (Armstrong, 2002; Caccia et al., 1991; Condon, 1985; Damato, 2000; Grace, 1989; Lindgren, 2001; Righetti et al., 2005; Vedova et al., 2008), em grávidas de baixo e de alto risco (Brandon et al., 2008), principalmente com a percepção dos primeiros movimentos fetais (Bloom, 1995; Damato, 2000; Heidrich & Cranley, 1989; Reading et al., 1984; Rubin, 1975), constituindo essa percepção um marco no seu incremento (Condon, 1985), assim como a contagem desses movimentos (Mikhail et al., 1991) e o seu relato como positivos (Lerum & LoBiondo-Wood, 1989; Reading et al., 1984). A maioria das mães utiliza os nove meses de gravidez para a maternalização do bebé (motherhood) e para o desenvolvimento da vinculação com o seu feto (Mercer, 1986).

Um estudo de White et al. (2008) não encontrou diferenças a respeito da vinculação pré-natal tendo em conta a idade gestacional em grávidas de baixo e de alto risco obstétrico, sendo contraditório com grande parte das publicações.

A história obstétrica das mulheres é um aspecto importante a ter em conta no estudo da vinculação pré-natal. Por exemplo, no nosso estudo, na gestação actual as grávidas que tiveram gravidezes anteriores sem doenças têm níveis de qualidade da vinculação materna mais elevados do que aquelas que tiveram doenças nas gravidezes anteriores. A IPM e a VPNM total não são influenciadas pela existência de doenças em gravidez anterior. Das mulheres que tiveram doenças na gestação anterior, algumas foram internadas nessa época. Esse internamento não influenciou a vinculação ao feto na gestação actual.

O número de gravidezes anteriores está correlacionado negativa e significativamente com a VPNM total, com a qualidade da vinculação materna e com a intensidade da preocupação materna. A vinculação materno-fetal total e as suas dimensões diminuem com o aumento do número de gravidezes anteriores. Resultado semelhante ao apresentado é discutido em H3, a propósito da paridade.

A história de vida pode também marcar o processo vincutivo que se desenvolve no período pré-natal. As mulheres que experienciaram casamento/coabitação anterior não se diferenciam daquelas que estão na primeira relação conjugal, no que se refere à vinculação pré-natal. No entanto, nas mulheres que tiveram relação conjugal anterior, se houve gravidez durante esse relacionamento a qualidade da vinculação materna reduz-se significativamente, em comparação com aquelas que não estiveram grávidas. A intensidade

da preocupação materna e a vinculação pré-natal materna total não diferem significativamente, conforme tenham existido, ou não, gravidezes em uniões anteriores. É claro que estes resultados se cruzam com aqueles que analisam a paridade pelo que a sua interpretação deve ser cautelosa.

Nos homens que referiram casamentos ou coabitações anteriores ao actual relacionamento, a ocorrência de gravidezes anteriores não influencia a vinculação pré-natal total, nem a qualidade da vinculação paterna ou a intensidade da preocupação paterna, como aliás foi demonstrado na hipótese H3, o que mostra, tal como apresentado para as mulheres, que existe uma relação entre estes resultados e as relações da vinculação pré-natal com o número de filhos.

No que se refere às interrupções de gravidez tidas pelas mulheres que estão a aguardar o seu filho, no nosso estudo, o número de interrupções da gravidez está correlacionado negativa e significativamente com a qualidade da vinculação materna mas não exerce influência na intensidade da preocupação materna nem na vinculação pré-natal materna total. A qualidade da vinculação materna é mais elevada quanto menos interrupções de gravidez a mulher já teve. Estes resultados não são consensuais, nomeadamente, no que se refere à vinculação pré-natal nas mulheres com história de perdas anteriores (por exemplo, abortos), pois não foram encontradas diferenças significativas entre estas e as que não têm essa história (Armstrong, 2004; Tsartsara & Johnson, 2006; Vedova et al., 2008). No entanto, a experiência clínica de O'Leary (2003) tem mostrado que, nas gravidezes posteriores, os pais continuam a manifestar sentimentos pelo bebé anteriormente perdido, em qualquer idade gestacional, e verbalizam que é impossível compreender a vinculação a um feto até ao momento em que ele deixa de estar fisicamente presente nas suas vidas.

O aborto espontâneo pode ser considerado um acontecimento multifacetado que se define pela perda natural da gravidez antes das 24 semanas de gestação, cuja incidência se estima entre 12 e 22% e ocorre, essencialmente, no primeiro trimestre de gravidez (Tsartsara & Johnson, 2006). No nosso estudo, as interrupções espontâneas da gravidez são cerca de 30% de todas as interrupções de gravidez, valor acima do apresentado pelos autores acima referidos.

Apesar de o feto não ter estatuto de pessoa, ele foi investido emocionalmente pelos pais pelo que o aborto terá impacto nos mesmos. Investigações recentes têm mostrado que a gravidez após aborto, ou após outro tipo de perda, é acompanhada de stress psicológico e de

sentimentos de ansiedade associados a um grande sentido de incerteza acerca do mundo em geral e da gravidez em particular (Armstrong, 2004; Tsartsara & Johnson, 2006).

A perda perinatal afecta mães e famílias de todos os grupos sociodemográficos, desde adolescentes até mães mais velhas, sejam as gravidezes planeadas ou não e quer sejam decorrentes de tratamentos de infertilidade, ou não. A expectativa da parentalidade e da criança faz aumentar o sentimento de perda ou falhanço (Robinson et al., 1999).

Para terminar, reflectimos sobre comportamentos de saúde e começamos por referir os comportamentos aditivos através dos resultados obtidos no estudo das grávidas fumadoras. Estas são 4.7% da amostra. Não há uma correlação significativa entre o número de cigarros fumados por dia e a vinculação pré-natal materna e suas dimensões. Contudo, o período de gravidez é aquele em que se iniciam práticas saudáveis e se desenvolvem interacções mãe-filho apropriadas (Brazelton, 1974; Jernberg, 1988; Winnicott, 1975). Lindgren (2001) observou que a vinculação materna pré-natal se correlacionou positivamente com o relato de boas práticas de saúde na gravidez (e.g., sono adequado, não consumir drogas ou álcool, receber cuidados pré-natais, ter alimentação saudável), o que apoia a asserção de Rubin (1975) de que o “binding-in” é o relato do desejo de prover uma boa casa para o feto. Condon, em 1986, sugeriu que mulheres com fracos sentimentos pelo feto têm mais dificuldade em subordinar as suas necessidades em função das necessidades dele. Condon, em 1988, verificou que a redução do consumo de álcool durante a gravidez estava positivamente correlacionada com a vinculação pré-natal.

O aumento de peso na gravidez está positiva e significativamente correlacionado com a VPNM total, com a qualidade da vinculação materna e com a intensidade da preocupação materna. Consideramos normal que o aumento de peso e o aumento da idade gestacional estejam em relação, não sendo possível circunscrever este resultado ao aumento de peso por si só, pois este é normal na gestação.

O consumo de álcool nas grávidas da amostra é tão ocasional e numa percentagem tão pequena de mulheres que não permite fazer inferências estatísticas. As grávidas, em geral, apesar de haver uma percentagem não desejável de fumadoras, têm comportamentos saudáveis.

H₆ - As articulações da vinculação pré-natal com as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas em mulheres são diferentes das articulações observadas em homens.

Vamos discutir, em seguida, os modelos explicativos da vinculação pré-natal materna e paterna e das suas dimensões, a partir das variáveis em análise, finalizando o primeiro estudo desta investigação que visou o conhecimento sobre a vinculação pré-natal e a organização psicológica dos sujeitos que vão ser pais, no segundo trimestre de gravidez.

Entre os resultados fornecidos pelas variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas em análise encontramos um modelo explicativo para o total da vinculação pré-natal materna e para as suas dimensões (qualidade da vinculação materna e intensidade da preocupação materna) e um outro modelo explicativo para a vinculação pré-natal paterna total e suas dimensões, a qualidade da vinculação paterna e a intensidade da preocupação paterna. Os modelos encontrados para as mulheres grávidas é bastante diferente do modelo encontrado para os homens que aguardam a vinda de um filho, evidenciando o quanto este processo se reveste de especificidades em cada tipo de progenitor.

No caso das mulheres, no que concerne à vinculação pré-natal total, obtivemos 30.3% de variância explicada, o que consideramos ser um resultado interessante face ao conjunto das variáveis em análise. As responsáveis por aquela variância são: a idade, o filho imaginado, a depressão, a ansiedade, o pedido de ajuda e, com significância marginal, a imagem corporal e necessidade de dependência e a idade gestacional. O modelo mostra que as mulheres mais jovens, com melhor *imago* do filho, com menores níveis de depressão, mais ansiosas, que pedem mais ajuda e, ainda, que revelam melhor imagem corporal e necessidade de dependência e idade gestacional mais avançada, são as que estão globalmente mais vinculadas ao feto.

Quanto à qualidade da vinculação materna, a sua variância é explicada em 34.1%, superior a um terço das possibilidades explicativas. As variáveis preditoras são: o filho imaginado, os aspectos difíceis da gravidez e da maternidade, a depressão, a ansiedade, a sensibilidade interpessoal e, com uma significância estatística marginal, a idade gestacional e o pedido de ajuda. O modelo mostra que as mulheres têm qualidade da vinculação materna mais elevada quando manifestam atitudes favoráveis face ao filho imaginado, desvalorizam os aspectos difíceis da gravidez e da maternidade, têm menores níveis de depressão e níveis mais elevados de ansiedade, apresentam elevada sensibilidade

interpessoal (sintoma psicopatológico) e, ainda, fazem mais pedidos de ajuda e têm idade gestacional mais avançada.

Relativamente à intensidade da preocupação materna, esta é explicada em 20.8% da variância. As variáveis que a explicam são a idade, o filho imaginado, a imagem corporal e necessidade de dependência e o pedido de ajuda. Contribuem, ainda, com significância marginal, os sintomas obsessivo-compulsivos. O modelo mostra que as mulheres mais jovens, com atitudes mais positivas face ao bebé imaginário e à imagem corporal e necessidade de dependência, que mais pedem ajuda e que, tendencialmente, são mais obsessivo-compulsivas evidenciam maior intensidade da preocupação materna.

Perante os resultados expostos verificamos que a idade mais jovem contribui para uma vinculação pré-natal materna mais elevada quer no total quer na intensidade da preocupação materna com o feto (ou tempo despendido com o modo de vinculação), ideia partilhada por vários autores (e.g., Bielawska-Batorowicz & Siddiqui, 2008; Hart & McMahon, 2006; Hjelmstedt et al., 2006; Lindgren, 2001; Muller, 1993; Siddiqui et al., 1999, 2000b). Estes resultados consolidam os que foram por nós obtidos na hipótese H5, onde a idade, por faixas etárias, influencia a vinculação pré-natal materna total e a intensidade da preocupação e onde os anos de idade se correlacionam, negativamente, com estas formas de vinculação. A idade foi a única variável sociodemográfica a mostrar-se explicativa de uma parte da variância da vinculação pré-natal materna, total e intensidade da preocupação.

Das variáveis psicológicas introduzidas nos modelos em análise, as atitudes face à gravidez e à maternidade, onde se inclui o filho imaginado, cumprem uma percentagem importante de explicação da variância e contribuem muito significativamente para o aumento dessa variância. A presença favorável do bebé imaginado prediz a vinculação pré-natal total, a qualidade da vinculação e a intensidade da preocupação, contribuindo para a explicação das três dimensões da vinculação em estudo. Este resultado reafirma os resultados obtidos e apresentados em H4, quando correlacionámos a vinculação pré-natal materna e as dimensões com esta sub-escala da EAGM.

Estes resultados têm eco em muitos autores para os quais a relação da mãe com o bebé no útero é modelada pela vida imaginária, consciente e fantasmática ou inconsciente, que servirá de prelúdio à relação que vai estabelecer posteriormente com o filho (e.g., Brazelton & Cramer, 1993; Condon & Corkindale, 1997; Lebovici, 1987, 1998; Mazet e Stoleru, 1990). Esta relação está ligada à vida afectiva da mulher e às relações que estabelece com o pai do bebé mas, também, muito mais profundamente, à sua história e às

relações que estabeleceu com as suas imagos parentais (Mazet & Stoleru, 1990). Esta perspectiva remete para a importância do simbólico na ligação ao bebé, desde o período pré-natal.

Na opinião de Brazelton e Cramer (1993), o bebé que irá nascer é “filho da fantasia” e será, portanto, um modelo de perfeição que realiza as potencialidades adormecidas dos pais. Estes são portadores de marcas significativas da sua história transgeracional que serão transmitidas ao filho tal como o são as marcas biológicas (Bydlowski, 2006).

A vinculação pré-natal recebe um grande contributo do desejo de ter um filho, da vida imaginária consciente e inconsciente e da relação da mulher com as suas imagos parentais (Erikson, 1971; Raphaell-Leff, 1997, 2009; Sá, 1997). O bebé imaginário funda as expectativas da mãe em relação ao seu bebé real (Piccinini et al., 2004). Mas, é necessário ter, também, em conta o bebé fantasmático.

O modelo da qualidade da vinculação materna, para além do filho imaginado, contém a variável atitudinal aspectos difíceis da gravidez e da maternidade. Quanto menos sentidas as dificuldades da gravidez e da maternidade, mais vinculadas estão as grávidas ao seu feto. Relativamente a este aspecto retomamos Raphaell-Leff (2009) e os três tipos de mãe que descreveu: a facilitadora, a reguladora e a reciprocadora. A mãe facilitadora é uma mãe envolvida que se apercebe da concepção muito cedo, pois tem esse grande desejo há longos anos. A sua vivência da gravidez é muito excitante e pode ser narcísica – o bebé é idealizado e completa-a. Estas mulheres confiam na sua capacidade de serem mães, identificam-se e adequam-se ao bebé. As dificuldades da gravidez são, porventura, minimizadas por estas mulheres, promovendo a qualidade da vinculação ao feto.

A ideia de mãe reguladora representa as mães evitantes, para as quais a gravidez é um “entediante” meio de ter um filho. Estas mães desejam que a gravidez passe depressa e usam defesas para se protegerem. O feto pode ser vivido como invasor ou como um intruso que ameaça o seu self. A mãe reciprocadora é ambivalente. O seu desejo é terminar a gravidez para que possa encontrar o filho que carrega no ventre. Nestes dois tipos de mães, as dificuldades da gravidez serão maximizadas visto que este período é difícil para estas mulheres. Estes perfis têm os seus efeitos na gravidez e, por consequência, na relação que as mães estabelecem com o filho antes e após o nascimento. Também, na hipótese H4, verificámos uma diminuição da qualidade da vinculação com o aumento dos aspectos difíceis da gravidez e da maternidade.

A atitude relativa à imagem corporal e necessidade de dependência é explicativa da intensidade da preocupação materna e da vinculação pré-natal materna total, embora neste caso a

significância se encontre apenas a um nível marginal. Na hipótese H4 esta variável correlacionava-se com as três dimensões da vinculação, mas, com esta análise verificamos que é explicativa a um nível um pouco diferente, contribuindo, significativamente, apenas para a intensidade da preocupação materna.

As preocupações, neste trimestre, relacionam-se com as mudanças corporais que se tornam evidentes e podem ser fonte de preocupação em algumas mulheres ao aperceberem-se que não as controlam totalmente pois elas são causadas pelo bebê. Muitas mulheres sentem essas modificações corporais com orgulho pelo corpo grávido e, outras, com incómodo ou como uma deformação que ocasiona dificuldades na relação com o companheiro (Colman & Colman, 1994) e também com o feto. O receio da irreversibilidade da forma do corpo tem um significado simbólico profundo, de modificação de si própria como pessoa (Maldonado, 1991). Davies e Wardle (1994) concluíram que o papel de grávida, observado na imagem do corpo, confere aceitação e respeito e, concluíram também que as grávidas controlam muito menos o peso do que as não grávidas e aceitam melhor o aumento de peso na gravidez do que fora desta.

As modificações na forma do corpo estão ligadas a alterações da sexualidade por parte da mulher e do marido (Caplan, 1960; Colman & Colman, 1994; Master & Johnson, 1966) e perante o medo de não conseguir controlar as alterações da gravidez, a mulher sente necessidade de alguém que tome conta dela, podendo fazer um movimento de regressão, com transferência da dependência da mãe para a dependência do companheiro (Bibring, 1959; Colman & Colman, 1994), o que elevará a sua preocupação em relação ao feto.

As variáveis psicológicas do sofrimento psíquico, ou estados emocionais negativos, são significativas na explicação da variância da vinculação pré-natal e suas dimensões. A depressão é uma variável importante na vinculação pré-natal e tem um impacto negativo tanto no modelo da qualidade da vinculação materna, como no modelo da vinculação pré-natal materna total. A depressão não explica a intensidade da preocupação materna. Este resultado vem consolidar os que já referimos na discussão da hipótese H4 e que está de acordo com um grande número de autores (e.g., Condon & Corkindale, 1997; Kunkel & Doan, 2003; Mercer et al., 1988; O'Hara, 1997, 2009; O'Hara et al., 1983; O'Hara & Swain, 1996; Scharfe, 2007). Estes autores são unânimes em afirmar que a depressão tem um efeito negativo e significativo na vinculação pré-natal. Além disso, prejudica a experiência de prazer na proximidade com o feto e outras experiências afectivas positivas que ajudariam a neutralizar o stress da gravidez e provoca baixa antecipação positiva das mães em relação aos seus bebês (Condon & Corkindale, 1997).

Kunkel e Doan (2003) mostraram que quando se considera a dimensão intensidade da preocupação, essa associação não se verifica, o que está de acordo com o modelo da intensidade da preocupação por nós obtido, em que a depressão não é uma variável explicativa desta dimensão. A ansiedade é explicativa da vinculação pré-natal materna total e da qualidade da vinculação materna mas não da intensidade da preocupação materna.

Quando a ansiedade está aumentada, a vinculação pré-natal materna total e a qualidade da vinculação aumentam. Este resultado apoia-se em estudos que mostram a associação positiva entre a ansiedade e a vinculação pré-natal. Por exemplo, Mercer et al. (1988) encontraram uma associação positiva entre a ansiedade e a vinculação materno-fetal em grávidas de baixo e de alto risco. Mas, relativamente à ansiedade, a maior parte dos estudos publicados são contraditórios com os nossos indicando que as mulheres com baixa vinculação se caracterizam por altos níveis de ansiedade e depressão (e.g., Condon & Corkindale, 1997; Gaffney, 1986).

O modelo da qualidade da vinculação materna é também explicado pela sensibilidade interpessoal, sintoma psicopatológico que traduz fragilidade pessoal, dependência e sentimento de inferioridade. Quanto mais sensível se encontra a mulher, maior a qualidade da vinculação materna. Nesta situação, podemos considerar que há sintomas psicopatológicos que, ao invés de patológicos, podem ser adaptativos durante a gravidez. Este resultado causou-nos alguma surpresa uma vez que a correlação entre a sensibilidade interpessoal e a qualidade da vinculação materna foi negativa e significativa no estudo da hipótese H4.

De facto, a maioria dos autores é unânime em considerar que a gravidez e a maternidade transformam a mulher. É uma época de crise e de crescimento maturacional, de "transformação" ou "ponto crucial", época de maior susceptibilidade face a situações que provocam angústia (Colman & Colman, 1994). Enquanto grávida, a mulher encontra-se perante um trabalho interno redobrado, de integração de duas identidades, individual e social. A mudança não deve atemorizar, mas, também, não deve ser vivida de ânimo leve (e.g., Benedek, 1959; Bibring, 1959, Bibring et al., 1961; Colman & Colman, 1994; Deutsch, 1944; Golse, 2007; Stern & Stern, 2005). Estas perspectivas ajudam a compreender que a sensibilidade interpessoal pode incrementar a qualidade da vinculação materna ao feto.

Ainda, no que se refere a sintomas psicopatológicos, a intensidade da preocupação materna tende a ser explicada pelas obsessões-compulsões (com uma significância estatística marginal), de tal modo que a presença deste sintoma provoca o decréscimo da

intensidade da preocupação com o feto. Não conhecemos estudos de associação entre este sintoma psicopatológico e a vinculação materna. No entanto, é adequado que esteja diminuído quando aumenta a preocupação com o feto, pois a sua elevação limita o pensamento e acção face ao bebé.

A vinculação pré-natal materna total, a intensidade da preocupação materna e a qualidade da vinculação materna (esta com significância estatística marginal), são explicadas pelo coping de pedido de ajuda. A capacidade de lidar com os problemas durante a gravidez depende, em parte, das respostas de coping da mulher (Sowden et al., 2007). A grávida pode apresentar dificuldades na adequação das estratégias de coping e, se tal acontecer, torna prejudicial o bom desenvolvimento das tarefas da gravidez, sendo necessário proporcionar-lhe ou propor-lhe um coping alternativo.

De acordo com Vaz-Serra (1988), maior valor de pedido de ajuda significa que os sujeitos têm menor necessidade de recorrer à ajuda dos outros. Acontece que o pedido de ajuda, nas grávidas do nosso estudo, é mais favorável para a elevação do nível de vinculação quando o seu valor é mais baixo. Neste caso, o coping pedido de ajuda parece ser adaptativo se for baixo, ou seja, quanto mais a mulher recorrer à ajuda de terceiros.

White et al. (2008) afirmaram que o coping é o melhor preditor da vinculação pré-natal. Mostraram, entre outras conclusões, que o coping de evitamento está negativa e significativamente associado à qualidade da vinculação ($p < .01$) e à intensidade da preocupação ($p < .05$). Este último resultado é concordante com o nosso, pois o pedido de ajuda, tal como o autor o concebeu, pode ser considerado um coping de evitamento na medida em que não há esforço para resolução autónoma dos problemas.

Finalmente, a idade gestacional dá um contributo à explicação da variância da vinculação pré-natal materna total e da qualidade da vinculação materna (com um p marginalmente significativo em ambos os casos), apontando para um acréscimo na vinculação à medida que a gestação avança, resultado já obtido no estudo da H5 e que está de acordo com muitos autores (e.g., Armstrong, 2002; Caccia et al., 1991; Condon, 1985; Damato, 2000; Grace, 1989; Lawson e Turriff-Jonasson, 2006; Lindgren, 2001; Righetti et al., 2005; Vedova et al., 2008).

Estudos semelhantes foram desenvolvidos com os homens que vão ser pais, em relação à vinculação pré-natal paterna, total e suas dimensões, qualidade da vinculação e intensidade da preocupação. Os modelos obtidos têm menor quantidade de variância explicada do que os modelos maternos, assim como o conjunto de variáveis significativas na explicação dessa variância é menor. Passamos a discutir esses resultados.

A vinculação pré-natal paterna total tem uma variância explicada de 20.2% e as variáveis preditoras são a ansiedade e o amor. Os homens que vão ser pais, mais ansiosos e mais satisfeitos com o amor (dimensão da vida conjugal) evidenciam maior vinculação pré-natal paterna total.

As variáveis preditoras da qualidade da vinculação paterna são o coping de abandono passivo, a ansiedade, o amor e a sensibilidade interpessoal. O conjunto destas variáveis explica 23.6% da variância. Os pais com mais abandono passivo perante a situação, mais ansiosos, mais satisfeitos com o amor conjugal e com menor sensibilidade interpessoal tendem a revelar uma maior qualidade de vinculação pré-natal. Em todas estas variáveis a significância é marginal o que nos causou perplexidade e, nos deve levar a repensar as variáveis explicativas da qualidade da vinculação paterna.

O modelo encontrado para estimar a intensidade da preocupação paterna perfaz um total de 14.7% de variância explicada e inclui as variáveis número de filhos, estatuto socioeconómico e ansiedade. Os pais com menor número de filhos, com estatuto socioeconómico mais elevado e mais ansiosos apresentam uma intensidade da preocupação mais elevada.

A ansiedade é um estado emocional negativo e contribui para a explicação da variância das três dimensões da vinculação paterna em estudo. Quando ansiedade e amor se associam explicam a vinculação pré-natal paterna total. Quando a ansiedade se associa com o número de filhos e com o estatuto socioeconómico, explicam a intensidade da preocupação paterna e, ao associar-se a ansiedade, o abandono passivo, o amor e a sensibilidade interpessoal, é da qualidade da vinculação paterna que se trata. Como se repara, nos homens são variáveis psicológicas que explicam a vinculação pré-natal total e a qualidade da vinculação paterna. Na intensidade da vinculação paterna as variáveis estatuto socioeconómico e número de filhos contribuem para a sua explicação, juntamente com a ansiedade.

A ansiedade é comum aos três modelos. Quando esta se eleva, eleva-se a vinculação paterna. Este resultado pode ser explicado a partir da perspectiva de que, para o homem, a gravidez enquanto nascimento de uma nova família é imediatamente considerada um stressor major, precisando de apoio para o enfrentar (Johnson & Baker, 2004). A paternidade é o maior motivo de ansiedade provocada, mais do que a expectativa da paternidade. Este resultado é semelhante ao encontrado no modelo de vinculação pré-natal materna total e qualidade da vinculação materna.

Para além da ansiedade, também o amor, explicativo em parte da variância da qualidade da vinculação e da vinculação total pré-natal paterna, mostra que a satisfação conjugal, em termos afectivos, está ligada à vinculação que o homem estabelece com o feto, em qualidade e no total. Não há dúvida que falar de paternidade implica família, parentesco, envolvimento, desenvolvimento psicológico e vínculos (Lamb, 1992).

Embora o pai fosse considerado uma figura secundária na gravidez, foi-lhe atribuído um papel primordial na função de apoio à mãe e à relação desta com o filho na primeira infância. O papel do pai era indirecto e desempenhado através da mãe. Foram-lhe conferidas três funções (Winnicott, 1975, 1993): amar a mãe (o que dará segurança à criança), estar presente e dar apoio moral à mãe (sustentando a lei e a autoridade que a mãe irá imprimir na vida do filho) e apoiar o filho (servindo de referência e de modelo). Estas funções, principalmente as duas primeiras, justificam a importância do amor conjugal na vinculação ao feto.

O coping abandono passivo perante a situação tende a explicar um pouco da qualidade da vinculação paterna. Não encontramos na literatura consonância para estes resultados mas consideramos que é um factor protector face à ansiedade aumentada e, ainda, uma forma de se permitir pensar e amar o bebé, ainda no útero da sua mulher/companheira.

Finalmente, a sensibilidade interpessoal tende a ser explicativa da qualidade da vinculação paterna, tal como o é na qualidade da vinculação materna, porém, o sentido é contrário. Enquanto nas mulheres este sintoma aumenta para que aumente a qualidade da vinculação, nos homens este sintoma deve diminuir para que a qualidade da vinculação possa aumentar. Este resultado paterno é concordante com o resultado obtido na hipótese H4, onde a correlação entre as duas variáveis foi negativa e significativa e é normativo uma vez que se trata de um sintoma psicopatológico.

Nestes resultados, encontramos apoio para a ideia que a gravidez é um período vivido de forma diferente por homens e por mulheres e que, cada um exercita um sistema de forças e de fragilidades na adaptação a um momento tão especial das suas vidas.

Importa referir que a ansiedade é a única variável comum na explicação da vinculação pré-natal paterna, total e dimensões, e materna, total e qualidade da vinculação, confirmando que a ansiedade é favorável à vinculação pré-natal, ou que a sua presença na gravidez é normativa. É interessante insistir no aumento da sensibilidade interpessoal e no decréscimo da variável pedido de ajuda, nas mulheres, tornando-se variáveis adaptativas nos modelos onde se encontram.

Confirma-se, assim, a hipótese colocada. As variáveis explicativas da vinculação pré-natal materna e suas dimensões são diferentes das variáveis que explicam a vinculação pré-natal paterna e suas dimensões.

1.2. Segundo estudo - Influência das características psicológicas e sociodemográficas na patologia obstétrica e no resultado do parto

H₇ – Existe uma relação entre os factores sociodemográficos, por um lado, e o resultado do parto e a ocorrência de patologia obstétrica nos II e III trimestres de gravidez, por outro lado.

Os factores sociodemográficos e a sua associação com os resultados obtidos em dois momentos, ao longo do tempo, com a informação sobre a evolução da gravidez em termos médicos e com o resultado do parto (que inclui o tipo de parto e a saúde do bebé no momento do nascimento), é a análise que vamos passar a discutir.

Os factores sociodemográficos considerados foram: a idade em faixas etárias, a escolaridade em categorias, a categoria profissional, a fonte de rendimentos, o nível socioeconómico e o número de filhos (nenhum filho, um filho, dois ou mais filhos).

A patologia obstétrica nos II e III trimestres de gravidez foi operacionalizada através da presença ou ausência de doenças depois das 25 semanas de gestação. O resultado do parto teve em conta o tipo de parto (eutócico ou instrumentado ou cesariana) e a saúde do bebé no momento do nascimento foi classificada em saudável ou com problemas.

Não encontramos evidências estatísticas de que a idade das mães, a escolaridade, a profissão, os rendimentos e o nível socioeconómico influenciem o tipo de parto, a ocorrência de doenças após as 25 semanas de gestação ou, ainda, a saúde do bebé no momento do nascimento. Apenas o número de filhos influencia o tipo de parto. Não são, portanto, os factores sociodemográficos das mulheres a influenciar a evolução da gravidez, em termos da patologia médica e do resultado do parto.

Relativamente à associação do número de filhos com o tipo de parto, essa associação existe e é significativa. A associação entre o número de filhos e a patologia da gravidez ou a saúde do bebé ao nascer não se verifica. A conclusão do estudo desta hipótese resume-se à importância do número de filhos no tipo de parto na mulher, em que o número de partos eutócicos tende a aumentar com o número de filhos e, em sentido oposto, variam as percentagens de partos instrumentados, mais elevadas nas mulheres que ainda não têm

filhos e mais baixas nas mulheres que têm dois ou mais filhos. A percentagem de cesarianas também decresce nas multigestas. As diferenças são estatisticamente significativas.

No caso da hipótese em causa, o número de filhos corresponde não apenas a uma variável sociodemográfica mas, também, a uma variável obstétrica relativa a experiências de parto anteriores. O parto leva a mulher a reviver o traumatismo do seu nascimento e a sua própria angústia de separação da mãe, substituindo-se o objecto imaginário, construído pela mulher durante a gravidez, em proveito do reconhecimento do recém-nascido. É com o nascimento da criança que criou dentro de si que a mulher saberá se o seu interior estava intacto e se ela pôde gerar um filho perfeito (Sachs-Nerson, 1992). Estas vivências são sempre novas em cada parto, mas o parto torna-se mais vezes eutócico quando a mulher já teve partos anteriores enquanto o número de cesarianas diminui. Assim, é mais adequado referirmo-nos ao número de filhos, neste estudo, como uma variável clínica (paridade) do que considerá-la uma variável sociodemográfica.

Não há dúvidas que o parto é um assunto fundamental para as mulheres que o aguardam. Pacheco et al. (2005) realizaram um estudo com o objectivo de perceber o modo como as mulheres antecipavam diversos aspectos da experiência de parto, durante a gravidez. Concluíram que a generalidade das grávidas, no segundo trimestre, planeia e antecipa apoio por parte de pessoas significativas na altura do parto, tem uma visão positiva das suas competências maternas e está moderadamente preocupada com o seu bem-estar e com o do bebé. A maioria destas mulheres antevê uma experiência de parto dolorosa cuja previsão está entre o medo, a confiança e o controlo.

Os factores susceptíveis de influenciarem a experiência de parto, enumerados por Figueiredo et al. (2002) a partir de outros estudos consultados pelas autoras, indicaram que o mais importante é a presença de uma pessoa significativa durante o parto, o segundo é o tipo de parto e o terceiro a dor no parto. Daqui se depreende que o tipo de parto influencia muito a experiência da mulher.

Um estudo efectuado no National Maternity Hospital de Dublin (Morris, Copstick, & Taylor, 1986) local onde os maridos não assistem ao parto, mostrou melhores resultados no parto do que os obtidos em hospitais londrinos, onde a presença do pai foi pioneira, nos anos setenta. A diferença está na garantia de dar apoio constante à parturiente, por uma enfermeira (ou estagiária), de proporcionar menos dor e oferecer mais conforto. O apoio prestado pelas enfermeiras às parturientes tem mostrado consequências muito positivas nas investigações publicadas (Justo, 2005). Também as mulheres apoiadas pelos seus companheiros durante o parto recorrem menos aos analgésicos e vivem a experiência como

mais positiva, quando comparadas com as mulheres que não têm este apoio (Camus, 2002). Os seus companheiros, por seu lado, beneficiam dessa experiência relatando maior satisfação emocional e um verdadeiro estado de felicidade. Além disso, a participação do pai no nascimento do filho ajuda a produzir interações positivas entre o casal e constrói relações pais-criança mais precoces (Kao et al., 2004). Há, ainda, factores de risco cuja influência no resultado da gravidez não é directa, fazendo parte de um epifenómeno (McLean et al., 1993).

Adicionalmente, foi estudada a associação das três variáveis clínicas entre si. O único resultado significativo refere-se à prevalência de bebés com problemas de saúde (34.0%) que é significativamente superior nas mulheres que tiveram problemas de saúde durante os II e III trimestres da gravidez de onde concluímos que a evolução médica da gravidez influencia a saúde do bebé no momento do nascimento.

Estudos recentes têm dirigido a responsabilidade no aumento das taxas de recém-nascidos com baixo peso ao nascer, especificamente às mudanças demográficas, ao papel da reprodução medicamente assistida, ao fumar, à violência doméstica, à experiência anterior da mulher e às estratégias de tratamento (Moore, 2002).

A patologia obstétrica da segunda metade da gravidez importa para a saúde do bebé no momento do nascimento. A paridade influencia o tipo de parto. Os factores sociodemográficos não influenciam a ocorrência de patologia obstétrica em grávidas de baixo risco nem o resultado do parto. Rodrigues e Barros (2007) mostraram que a idade materna, o nível educacional, a paridade e o estatuto ocupacional não influenciaram o nascimento de bebés de termo pequenos para a idade gestacional.

Perante estes resultados, concordamos com McLean et al. (1993) quando afirmam que há factores de risco cuja influência no resultado da gravidez não é directa, fazendo parte de um epifenómeno.

H₈ – Existem diferenças significativas entre os valores médios das variáveis psicológicas, nomeadamente a vinculação pré-natal, das mulheres grávidas nas quais venha a ocorrer patologia obstétrica e das mulheres grávidas sem patologia obstétrica.

Desde a entrevista inicial, no II trimestre, até ao final da gravidez, houve mulheres que sofreram a incidência de algum tipo de patologia obstétrica (24.3%). As restantes mantiveram uma gravidez saudável sem ocorrências de natureza médica. Tendo a amostra inicial sido recolhida da população de grávidas de baixo risco obstétrico, podemos

considerar que esta é uma percentagem elevada. Segundo Justo (1990), um dos contributos fundamentais da psicologia da maternidade diz respeito à relação entre as variáveis psicológicas e as variáveis obstétricas e pediátricas no momento do nascimento.

Do conjunto de variáveis psicológicas estudadas, verificamos que os dois grupos se diferenciam nas variáveis sensibilidade interpessoal, sintomas psicopatológicos avaliados pelo BSI e pedido de ajuda (factor do IRP). As mulheres que desenvolveram patologia obstétrica no II ou III trimestres de gestação apresentaram, em média, no segundo trimestre de gravidez antes da ocorrência de patologia, uma sensibilidade interpessoal significativamente mais elevada e um coping relativo ao pedido de ajuda significativamente mais baixo, quando comparadas com as mulheres que mantiveram uma gravidez saudável nos dois últimos trimestres.

Em todas as outras variáveis psicológicas estudadas, as mulheres que vieram a ter patologia nos II e III trimestres de gestação não se diferenciaram, significativamente, das que não tiveram patologia desta natureza.

Curiosamente, a primeira consideração a fazer é o facto de estas duas variáveis serem explicativas de uma pequena parte da vinculação pré-natal materna, pertencendo a sensibilidade interpessoal ao modelo da qualidade da vinculação materna e o pedido de ajuda ao modelo da intensidade da preocupação materna (a sensibilidade interpessoal contribui para a explicação da qualidade da vinculação materna, incrementando-a e o pedido de ajuda contribui para a explicação da intensidade da preocupação paterna em sentido negativo).

Não foi fácil encontrar estudos semelhantes a este, para podermos comparar os resultados. A articulação entre uma sensibilidade interpessoal aumentada e um coping não adaptativo pode, contudo, ser interpretada a partir de um estudo levado a efeito por Pereira *et al.* (1999) sobre a adaptação à gravidez. O estudo explorou algumas variáveis, entre as quais o coping (a partir do sentido de coerência), e a relação destas variáveis com a saúde física e psicológica da grávida. Mostrou que o coping parece ter um efeito mediador nos factores de risco para a saúde física e psicológica da mulher e confirmou que a sintomatologia psicopatológica (medida pelo BSI) é tanto menor quanto maior o apoio social, o relacionamento conjugal e mais adequadas as estratégias de coping.

Os nossos resultados podem encontrar sustentação na afirmação de Justo (2002) quando assegura que não se espera que os factores psicológicos causem, por si só, patologia obstétrica, mas contribuam para o incremento das funções biológicas, desencadeando os problemas somáticos. Ainda, segundo o autor, há muitas mulheres que não sofrem

problemas somáticos na gravidez porque terão factores protectores externos, tais como o apoio conjugal, familiar e social que desempenham um papel positivo e que contrastam com algumas consequências psicológicas que seriam explicadas pelas suas perturbações emocionais.

Por exemplo, mulheres que se deprimem durante a gravidez podem desenvolver mais complicações obstétricas e terem recém-nascidos com baixo peso ao nascer e diminuição da actividade neuromotora (Dyan et al., 2002, 2006; O'Hara, 2009), mas os estudos actuais não são conclusivos no que diz respeito à importância quer da depressão quer da ansiedade, por si só, na ocorrência das situações acima referidas (e.g., Andersson et al., 2004a, 2004b; Austin, 2004; Berle et al., 2005), conclusões que apoiam os resultados por nós obtidos.

O facto de não existirem diferenças nas médias de vinculação pré-natal, tendo em conta a presença de patologia obstétrica, reporta-nos ao trabalho de White et al. (2008) que mostraram uma relação muito significativa e positiva entre, por um lado, a qualidade da vinculação e a intensidade da preocupação nas mães e, por outro lado, a avaliação materna da sua própria saúde ($p < .01$) e da saúde do feto ($p < .05$). Não houve, no entanto, diferenças na vinculação pré-natal entre grávidas de alto risco por problemas médicos durante a gravidez e grávidas sem complicações (Curry, 1987; Kemp & Page, 1987; Mercer et al., 1988), concordando com o nosso resultado acerca de esta variável.

A hipótese apenas foi parcialmente confirmada. As mulheres que desenvolveram patologia obstétrica apresentaram, durante a gravidez, maior sensibilidade interpessoal, ou seja, mais sentimentos de inferioridade e fragilidade pessoal e menor pontuação no pedido de ajuda, ou seja, maior propensão a pedir ajuda, o que revela uma estratégia de coping pouco eficaz. Estas são as variáveis que influenciam a ocorrência de patologia obstétrica e que aumentam a qualidade da vinculação materna (o aumento da sensibilidade interpessoal) enquanto o pedido de ajuda diminui a intensidade da preocupação paterna. De acordo com Fish e Stifter (1993), mães com mais experiência no cuidar sentem-se mais eficazes na sua parentalidade e, segundo Moore, Cohn e Campbell (1997) mostram sinais mais positivos e maior sensibilidade para com os seus filhos.

Ao analisarmos as diferenças psicológicas entre os grupos de grávidas conforme a sua patologia obstétrica (ameaça de parto pré-termo, hipertensão arterial e doenças afins, diabetes gestacional, doenças da gravidez e/ou do feto e outras), verificámos que há diferenças na ansiedade, na hostilidade, na satisfação conjugal com o outro e nas estratégias de controlo das emoções.

A ansiedade é, em média, mais elevada nas grávidas que vieram a apresentar doenças da gravidez e/ou do feto, comparativamente com as mulheres que vieram a desencadear diabetes gestacional, mas apenas com significância marginal. Este resultado permite inferir que a elevada ansiedade, em média, influencia mais a ocorrência de doenças da gravidez e/ou do feto do que o aparecimento de diabetes gestacional

A hostilidade elevada influencia mais a ocorrência de doenças da gravidez e/ou do feto do que o aparecimento da diabetes gestacional. As mulheres com diabetes gestacional também apresentam menor hostilidade prévia à ocorrência de doença obstétrica em comparação com as mulheres que vieram a apresentar outras doenças. Estes resultados apontam para que a hostilidade e a ansiedade possam contribuir mais para a ocorrência de doenças da gravidez e/ou feto, assim como para outras doenças do que para o surgimento de diabetes gestacional.

A satisfação conjugal, na zona do outro, é mais baixa durante a gravidez antes de ocorrerem doenças da gravidez e/ou feto e é mais elevada antes de ocorrer hipertensão arterial e doenças afins. Mas não houve diferenças estatísticas significativas no teste *post-hoc* realizado. Brown (1994) referiu que a qualidade das relações conjugais começa, desde logo, por influenciar o curso da gravidez o resultado do parto e o novo bebé. Em 37% dos casais expectantes, um ou ambos os cônjuges, reportam conflito conjugal, caracterizado por baixa satisfação com o apoio do companheiro, aumento do stress de vida, menos saúde, menos bem-estar e mais sintomas psicológicos e somáticos. Neste sentido, torna-se um desafio levar as tarefas parentais a bom termo, sem negligenciar a relação conjugal (Relvas & Lourenço, 2001).

O controlo das emoções apenas apresenta significância marginal nas diferenças entre os grupos de grávidas, mas são as mulheres com hipertensão artérias e doenças afins a mostrarem níveis mais elevados nesta estratégia de controlo emocional enquanto as que desencadearam outras doenças apresentam níveis mais baixos de controlo das emoções antes de a patologia ocorrer. As mulheres com maior controlo emocional correm mais risco de virem a desencadear hipertensão artérias e doenças afins durante a gravidez mas menos risco de ocorrência de doenças da gravidez e do feto. Segundo Paarlberg et al. (1995), os comportamentos de coping e os hábitos de vida pouco saudáveis são factores importantes na ocorrência de parto pré-termo, baixo peso à nascença, pré-eclâmpsia e complicações *intra-partum*.

H₉ – Existem diferenças significativas entre os níveis de vinculação pré-natal dos homens cujas mulheres têm patologia obstétrica dos II e III trimestres de gravidez e os níveis dos homens cujas mulheres não têm patologia obstétrica.

Quando analisamos as diferenças na vinculação pré-natal paterna e as suas dimensões em função dos dois grupos de mulheres conforme a patologia obstétrica dos II e III trimestres de gestação, verificamos que não há diferenças significativas entre eles no que diz respeito à vinculação pré-natal paterna total, à qualidade da vinculação paterna e à intensidade da preocupação paterna. A vinculação pré-natal paterna, tal como a vinculação pré-natal materna, não influenciam a ocorrência de patologia obstétrica na mulher.

Embora não tenhamos estudos similares que nos permitam comparar os resultados, Basso et al. (1999) afirmaram que a ocorrência de baixo peso ao nascer não é devida a factores paternos, ao que acrescentaríamos que a ocorrência de patologia obstétrica materna não é devida à vinculação que o homem estabelece com o feto. Porém, mulheres internadas por ameaça de parto pré-termo têm significativamente pior relação conjugal com o pai do bebé, em comparação com as mulheres que têm gravidez normal (Brown, 1994). Assim como a qualidade conjugal parece ter um impacto muito positivo no bem-estar físico e psicológico sendo o melhor preditor da felicidade em geral (Narciso & Ribeiro, 2009).

H₁₀ – Existem diferenças de médias entre a vinculação pré-natal materna das mães cujos recém-nascidos não apresentam problemas de saúde no momento do nascimento e a vinculação pré-natal materna das mães cujos recém-nascidos apresentam problemas de saúde no momento do nascimento.

Neste estudo, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as médias da vinculação pré-natal materna e das suas dimensões tendo em conta o estado de saúde, normal ou com problemas, do recém-nascido no momento do nascimento. Portanto, a vinculação pré-natal materna, a qualidade da vinculação materna e a intensidade da preocupação materna com o feto no segundo trimestre de gestação não influenciam a saúde do bebé no momento do nascimento. Os trabalhos de Dayan et al. (2006), realizados em França, contradisseram alguns resultados do estudo de 2002 e apontaram para que não haja interacção entre factores psicológicos e biomédicos em relação ao resultado do parto.

Quando se analisa o tipo de parto pelo qual passou o bebé, verifica-se que não há diferenças significativas na vinculação da mãe ao feto conforme o tipo de parto, eutócico,

intervencionado com fórceps e/ou ventosa ou cesariana, isto é, o nível de vinculação qualidade da vinculação materna, intensidade da preocupação materna e vinculação pré-natal materna total não influenciou o tipo de parto que veio a acontecer.

Adicionalmente estabeleceu-se uma correlação entre, por um lado, a qualidade da vinculação materna, a intensidade da preocupação materna e a vinculação pré-natal materna total e, por outro lado, a idade gestacional do bebé ao nascer e o seu peso. A correlação não foi significativa.

Marcus (2009) indica os acontecimentos de vida percebidos como stressantes, a depressão e a ansiedade como preditores do baixo peso ao nascer, da diminuição dos níveis de APGAR do recém-nascido, do baixo perímetro cefálico e da baixa idade gestacional dos bebés, mas não refere as questões relativas à ligação ao feto, conclusões não corroboradas pelos nossos resultados no que se refere à vinculação pré-natal.

Não é, portanto, a vinculação pré-natal que influencia a saúde do bebé ao nascer mas é, provavelmente, a saúde do bebé real a influenciar a vinculação materna posterior. Na opinião de Figueiredo (2000), as características do bebé são fundamentais na adaptação à maternidade, nomeadamente, no que se refere ao sexo, temperamento, idade gestacional e eventuais problemas de saúde manifestados ao nascer. É o bebé que faz da sua mãe, mãe (Lebovici, 1998). O bebé é submetido às influências dos pais, mas também influencia consideravelmente os cuidados que recebe, quer quantitativamente, quer em qualidade (Mazet & Stoleru, 1990). O bebé possui competências de comunicação para entrar em relação com o meio (Relvas et al., 1988), de tal modo que, sem dúvida, um bebé vivo, comunicativo e procurando activamente a relação, pode fazer uma "boa mãe" (Dias, 1988).

1.3. Terceiro estudo - Comparação das variáveis psicológicas pré e pós-natais e influência das variáveis obstétricas no período pós-natal

H₁₁ – Existem correlações positivas e significativas entre as características psicológicas das mulheres e dos homens avaliadas no período pós-natal.

Durante o período pós-natal, e de forma análoga à avaliação efectuada durante a gravidez, correlacionámos as variáveis psicológicas das mulheres e dos homens. Os resultados neste estudo são diferentes daqueles que obtivemos na gravidez, pois nem todas as variáveis se correlacionaram com significado estatístico e, quando existe significância estatística, nem todas as correlações são positivas. Apesar de se tratar de uma sub-amostra,

existem mudanças internas neste período, resultado que confirmaremos ao longo da discussão de resultados deste terceiro estudo.

No período pós-natal, a vinculação pós-natal total e a intensidade da preocupação, dos homens estão associadas positiva e significativamente com as mesmas variáveis observadas nas mulheres. A qualidade da vinculação apresenta uma correlação não significativa, apontando desde já para o interesse em estudar as diferenças de médias existentes entre grupos, o que se fará à frente.

A satisfação com a vida conjugal (tanto na avaliação global como em todas as dimensões) correlaciona-se moderadamente, entre mulheres e homens, de forma positiva e significativa: satisfação com a vida conjugal em geral, funcionamento conjugal, amor, zona focada no casal, no próprio e no outro. Estes resultados correlacionais são idênticos aos encontrados na amostra estudada durante a gravidez, o que significa que, neste período, homens e mulheres, do ponto de vista conjugal, seguem a mesma direcção e estão próximos nessa trajectória.

Entre mulheres e homens, o coping correlaciona-se de forma diferente da encontrada na gravidez e conforme as dimensões. O controlo interno/externo dos problemas está associado significativa e negativamente enquanto o confronto e a resolução de problemas correlacionam-se moderada, positiva e significativamente entre os sujeitos tal como na gravidez. O coping global, tal como as dimensões pedido de ajuda, controlo de emoções e abandono passivo apresentam correlação não significativa. É interessante reflectir acerca destas correlações. Durante a gravidez, todas as estratégias de coping se associaram significativa e positivamente entre os grupos em análise e no período pós-natal. Apenas o coping de confronto e resolução activa dos problemas e planificação da estratégia se mantém comum aos dois grupos, nos dois períodos. O controlo interno/externo dos problemas inverteu o seu sentido nestes sujeitos, aumentando nos homens quando diminui nas mulheres. Estas correlações despertam o interesse para o aprofundamento das análises estatísticas cuja discussão faremos à frente.

O stress profissional das mulheres e dos homens no momento pós-natal não se correlaciona significativamente, ao contrário do que acontecia na gravidez.

Os estados emocionais negativos totais, a depressão e o stress não se correlacionam significativamente; a ansiedade apresenta uma correlação moderada e estatisticamente significativa entre mulheres e homens no período pós-natal. No período pré-natal, as correlações foram muito significativas e positivas para todos os estados de humor negativos, apontando para mudanças a nível emocional neste período.

Para os sintomas psicopatológicos e índices totais, em mulheres e homens, as correlações são elevadas, positivas e significativas na somatização, no índice geral de sintomas e no total de sintomas positivos. As correlações não são significativas no índice de sintomas positivos e nos sintomas obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica e ideação paranóide e psicoticismo. Na gestação, os resultados das correlações para os sintomas psicopatológicos foram mais homogêneos, uma vez que a associação em todos eles foi positiva e muito significativa, entre as mulheres e os homens da amostra.

Estes resultados, embora obtidos numa sub-amostra proveniente da amostra obtida no período pré-natal, mostram que há menos associações significativas entre as variáveis psicológicas em estudo nas mulheres e nos homens, o que poderá indicar que aumentam as diferenças no período pós-natal. De acordo com Houts et al. (2008), os casais na transição para a parentalidade tentam redefinir os seus papéis de marido e de mulher para incluírem os papéis de pai e de mãe, o que pode ser um tempo muito stressante para alguns. Além disso, tentam gerir a proximidade e a distância ao longo do tempo, entre eles, entre si e entre eles e o filho, o que requer um trabalho redobrado de integração e de ajustamento aos novos papéis (Gerner, 2005). Os resultados obtidos no estudo desta hipótese serão consolidados com a discussão dos resultados seguintes.

H₁₂ – Existem diferenças de médias nas variáveis psicológicas das mulheres e dos homens do mesmo casal, durante o período pós-natal;

À semelhança da discussão efectuada para o período gestacional, vamos discutir as diferenças existentes entre as variáveis psicológicas dos elementos do casal no período pós-natal.

A vinculação pós-natal total (VPósN total) e as suas dimensões têm valores mais elevados nas mulheres do que nos homens do par conjugal. Essas diferenças são estatisticamente significativas na IP pós-natal, mas não são significativas as diferenças na VPósN total e na QVPósN. A mãe é mais preocupada com o bebé, dispensa-lhe mais tempo e isso é manifestado explicitamente.

A satisfação com a vida conjugal é semelhante entre os membros dos casais, embora as mulheres estejam, em média, menos satisfeitas com a conjugalidade no global e nas suas dimensões, em comparação com os seus maridos/companheiros (excepto no amor, onde as mulheres pontuam ligeiramente mais). As diferenças estatísticas não são significativas.

Resultados idênticos foram encontrados na gravidez embora, nessa altura, na zona do próprio, tenham existido diferenças significativas entre o casal, com as mulheres menos satisfeitas do que os maridos/companheiros, o que não ocorreu no período actual.

Alguns estudos têm mostrado que o nível de conflitos no casal aumenta ainda no fim da gravidez e começa por reduzir a satisfação com a vida conjugal, primeiro na mulher e depois no marido, sendo um aspecto importante a ter em conta na parentalidade (Brown, 1994; Houts et al., 2008). Em relação ao nosso estudo, no momento em que este foi realizado, o casal possui níveis de satisfação idênticos, embora mais baixos na mulher (excepto no amor). Mais à frente, analisamos a diferença entre o período pós-natal e o período de gravidez, no que se refere à conjugalidade e a outras variáveis.

As estratégias de resolução de problemas, embora com níveis médios superiores nos homens, não diferem significativamente entre os elementos do casal; o stress profissional é mais elevado nas mulheres do que nos homens, mas o seu efeito não é significativo. Os estados de humor negativos não diferem significativamente no casal, no total e nas suas dimensões depressão, ansiedade e stress.

No que se refere aos sintomas psicopatológicos entre os membros do casal, estes são, em média, mais elevados nas mulheres do que nos homens. Os pares conjugais são diferentes na somatização. Nas obsessões-compulsões e no total de sintomas positivos, embora as diferenças sejam significativas, o poder do teste é baixo, não permitindo assegurar as conclusões em outras amostras. Para Cazas (2004) e Nichols e Zwelling (1997), este período é mais susceptível para as mulheres do que para os homens. Isto está de acordo com o nosso estudo em relação aos sintomas psicopatológicos enunciados.

Os casais não apresentam diferenças estatisticamente significativas nos seguintes sintomas psicopatológicos e totais: sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide, psicoticismo, índice geral de sintomas e índice de sintomas positivos.

Apesar de os pais referirem, muitas vezes, preocupações de natureza funcional, o seu ajustamento ao recém-nascido e ao desenvolvimento do mesmo provoca reacções emocionais e sintomatologia psicológica às quais não podemos ser alheios. Moura-Ramos e Canavarro (2007) estudaram a adaptação materna e paterna ao nascimento de um filho no primeiro dia após o parto e aos oito meses, comparando a reactividade emocional e a sintomatologia psicológica de ambos os elementos do casal. Aos oito meses após o parto, não encontraram diferenças entre mulheres e homens na reactividade emocional e, na sintomatologia psicopatológica, apenas se verificando diferenças significativas na dimensão

depressão, com valores mais elevados nas mulheres. Nas restantes dimensões, não houve diferenças significativas entre os progenitores, resultados em nada semelhantes aos nossos.

As autoras concluíram que há reacção emocional mais intensa e adaptação psicológica mais difícil nas mães do que nos pais. No segundo momento, os resultados atenuam-se, indicando maior aproximação na adaptação parental. Esta adaptação parece ser mais desafiante para as mães do que para os pais. No entanto, tanto os pais como as mães têm menor sintomatologia psicopatológica do que a população em geral, nos primeiros dias após o parto, assim como ao oitavo mês.

Field et al. (2004) afirmaram que a depressão paterna tem efeitos indirectos negativos no desenvolvimento fetal e neo-natal e a depressão materna e paterna pré-natal constituem variáveis preditoras significativas no que se refere ao humor materno e paterno pós-natal, que afectam o bom desenvolvimento do bebé.

H₁₃ - Existem correlações positivas e significativas entre as características psicológicas avaliadas na gravidez e avaliadas após o parto tanto nas mulheres como nos homens.

Entre os períodos pré e pós-natal, a associação das variáveis psicológicas ora nas mulheres, ora nos homens, permite-nos as considerações que vamos tecer de seguida.

Nas mulheres, a vinculação materna total, a qualidade da vinculação e a intensidade da preocupação, a satisfação conjugal total e suas dimensões, as estratégias de resolução de problemas (total, pedido de ajuda, confronto e resolução activa dos problemas, controlo interno/externo das emoções e estratégias de controlo das emoções), o stress profissional, os estados de humor negativos (no total, depressão, ansiedade e stress) e os sintomas psicopatológicos estão positiva, moderada e significativamente correlacionados entre os dois momentos, nas mulheres.

Nas mulheres, não há consonância entre os dois períodos no que se refere à zona conjugal focada em si própria, no total de sintomas positivos psicopatológicos e no coping de abandono passivo.

Em relação à zona focada no próprio, este resultado é muito interessante pois em termos relacionais cada um destes períodos tem exigências diferentes sendo que, após o nascimento do filho, a mulher deve abandonar a posição narcísica da gravidez e envolver-se com o bebé na resposta às suas diversas necessidades. O abandono passivo é uma estratégia de coping que, não estando associada entre os dois períodos, leva-nos a explorar o seu

comportamento em outras situações para a compreender melhor. O total de sintomas positivos será outra variável a seguir pela importância que tem na presença de sintomas psicopatológicos.

Nos homens em estudo, ao analisar a correlação entre os períodos pré e pós-natal verifica-se que todas as correlações entre as variáveis avaliadas nos dois momentos são positivas, fortes ou moderadas e significativas, à excepção do factor confronto e resolução activa dos problemas e planificação da estratégia onde a correlação não é significativa.

A vinculação ao feto está associada à vinculação ao bebé, tanto no total, como na qualidade da vinculação e na intensidade da preocupação. A satisfação com a vida conjugal correlaciona-se entre os dois períodos de forma positiva, quer no total, quer no funcionamento conjugal, no amor, na zona focada no casal, no próprio e no outro. As estratégias de resolução de problemas, no seu total, no pedido de ajuda, no abandono passivo, no controlo interno/externo e nas estratégias de controlo emocional, assim como o stress profissional, os estados de humor negativos, total e suas dimensões e os sintomas psicopatológicos correlaciona-se, entre os dois períodos, de forma positiva e significativa.

Os homens mostram uma grande concordância entre o período pré e pós-natal no que diz respeito às variáveis psicológicas o que nos indica que as trajectórias são idênticas em ambos os percursos. Neste aspecto, as mulheres mostram mais desvios de trajectória na mudança da gravidez para o período pós-natal que vamos discutir na hipótese seguinte. Em relação aos resultados obtidos na associação das variáveis psicológicas femininas entre os dois momentos, concordamos com Kao e Long (2004) ao concluírem que tornar-se pai constitui uma nova experiência de vida, mostrando múltiplos pensamentos e sentimentos que mudam com o tempo, tanto em profundidade como em qualidade e dependem de um número de factores internos e externos.

H₁₄ – Existem diferenças significativas entre as médias das variáveis psicológicas observadas nos períodos pré e pós-natal, tanto em mulheres como em homens.

As mulheres e os homens diferem psicologicamente entre o momento da gravidez e o período após o nascimento em que o seu filho é uma pessoa real e com existência própria nas suas vidas.

Na mulher, as mudanças mais importantes a assinalar entre o período pré e o período pós-natal dizem respeito ao agravamento do stress, ao agravamento em seis sintomas psicopatológicos e nos índices totais, à diminuição significativa da satisfação

conjugal em todas as dimensões e aos valores mais elevados no coping de controlo interno/externo dos problemas.

Nos homens, as mudanças mais importantes a serem consideradas, nos mesmos períodos, são o aumento dos índices de vinculação ao bebé, o decréscimo na satisfação com a vida conjugal, o acréscimo (embora marginal) da ideação paranóide, o decréscimo do total de sintomas positivos, o aumento do índice de sintomas positivos e o aumento no coping de controlo interno/externo dos problemas.

Comum a ambos, verifica-se o decréscimo da satisfação conjugal e do total de sintomas positivos e o aumento do índice de sintomas positivos e do coping controlo interno/externo dos problemas e, ainda que marginal nos homens, há um aumento dos níveis de ideação paranóide em ambos.

Johnson e Baker (2004) mostraram que, na altura do nascimento, os níveis de todas as variáveis psicológicas aumentam em comparação com o período de gravidez e diminuem passado um ano, sendo que o melhor preditor dos resultados psicológicos, a longo prazo, é o coping que responde aos resultados da gravidez.

O resultado que consideramos mais interessante é o que diz respeito à vinculação materna ao novo ser. Seja ele ainda feto ou bebé já nascido, as mães mantêm-se vinculadas de forma semelhante, mantendo-se as médias muito próximas entre o período pré-natal e o período pós-natal, quer na vinculação materna total, na qualidade da mesma ou na intensidade da preocupação materna. Mantém-se a estabilidade na vinculação, o que está de acordo com os estudos sobre a vinculação e a permanência dos estilos.

Nos homens, a análise na vinculação paterna ao filho mostra que há incremento dos respectivos níveis no período pós-natal, com diferenças muito significativas quer para a vinculação total, quer para a qualidade da vinculação ou para a intensidade da preocupação paterna com o bebé. A vinculação ao bebé é superior à vinculação que homens e mulheres estabeleceram com o feto, quer na qualidade da vinculação paterna, na intensidade da preocupação paterna ou na vinculação pré-natal paterna total. O homem precisa de se encontrar com o bebé para que o seu envolvimento desperte maiores níveis de vinculação. De acordo com Golse (2007), sentir-se pai de uma criança encerra um verdadeiro trabalho psíquico. Malpique (1998) afirmou que a ligação dos pais ao seu bebé se estabelece desde os primeiros momentos de vida, pois o pai, enquanto acompanhante próximo da mulher durante a gravidez e o parto, fica particularmente sensível ao bebé estabelecendo uma relação de interacção semelhante à da mãe no que se refere ao embalar, amar, tocar, segurar, sorrir, etc., conseguindo fazer uma maternage precoce. Para além de que o bebé

beneficia com o envolvimento precoce do pai, nos períodos pré e peri-natais, traduzindo-se num aumento das capacidades cognitivas e no bom desenvolvimento mental em ambos os sexos (e.g., Brazelton, 1987, 1997; Camus, 2002; Lamb, 1992).

A satisfação com a vida conjugal nas mulheres decresce muito significativamente no período pós-natal em relação ao tempo de gravidez, quer globalmente, quer nas dimensões avaliadas que são o funcionamento conjugal, o amor e as zonas focadas no casal e no outro. A zona da satisfação com a vida conjugal cujo foco é o próprio não mostra diferenças de médias significativas entre os dois momentos para o nível de significância estudado, no entanto, está muito próximo deste valor e, tal como os restantes factores estudados, com média inferior no período pós-natal.

A satisfação conjugal nos homens decresce do primeiro para o segundo momento e as diferenças são significativas no total, em todas as zonas e na dimensão amor. Não há diferenças no que diz respeito à dimensão funcionamento conjugal, embora se observe igualmente uma diminuição nos seus valores. Os homens estão, assim, significativamente menos satisfeitos com o amor, com a vida conjugal global, com a zona focada no casal, no próprio, ou no outro. Contudo, mantêm a satisfação com o funcionamento conjugal, o que não acontece com as mulheres para quem, nesta dimensão, houve um decréscimo significativo. Estes resultados são concordantes com as publicações a este respeito. A entrada do bebé na vivência conjugal quotidiana opera mudanças profundas na qualidade da relação conjugal. Os pais passam a partilhar menos actividades gratificantes e íntimas entre si devido ao investimento no filho, podendo as trocas instrumentais estarem favorecidas em relação às afectivas (Belsky et al., 1986). Belsky et al. (1985, 1989) referiram o declínio na satisfação conjugal do período pré para o período pós-natal.

Um estudo longitudinal de Katz-Wise, Priess e Hyde (2010) mostrou que, após o nascimento do filho, os pais (homens e mulheres) tornam-se mais tradicionais do que igualitários no papel de género no que se refere a atitudes e comportamentos face à divisão de tarefas domésticas e à identidade. São as mulheres quem muda mais no sentido tradicional mas, evidentemente, isso não significa que as mulheres estejam satisfeitas com essa mudança.

Dados estatísticos apresentados por Parke (1996) indicam que, na transição para a parentalidade, a qualidade conjugal declina em cerca de 30% das famílias e, em aproximadamente 40%, não sofre qualquer efeito. Há, contudo, outros estudos que apontam no sentido de haver casais que melhoram a sua relação conjugal e a tornam mais estável neste período, para além de haver casais para os quais algumas variáveis da criança

contribuem para o aumento da satisfação conjugal e, ainda, outros para quem ter filhos não afecta as suas relações conjugais (Gerner, 2005).

A entrada do bebé na vivência conjugal quotidiana opera mudanças profundas na qualidade da relação conjugal. É provável que os pais partilhem um menor número de actividades gratificantes e íntimas entre si, pois têm que dedicar mais tempo e investimento ao seu filho, de tal ordem que nas relações entre os pais vejam favorecidas as trocas instrumentais em detrimento das trocas afectivas (Belsky, Lang, & Huston, 1986). A conciliação do papel parental do casal com a sua vida de casal sexuado pode ser particularmente difícil, verificando-se atitudes negativas face a esta área da vida conjugal (Colman & Colman, 1994).

As estratégias de resolução de problemas nas mulheres não diferem significativamente entre os dois períodos, excepto no controlo interno/externo dos problemas que aumenta no período pós-natal. O coping total e as restantes dimensões não se alteraram entre os dois tempos avaliados: pedido de ajuda; confronto e resolução activa dos problemas e planificação da estratégia; abandono passivo perante a situação; estratégias de controlo das emoções e coping total. As estratégias de coping utilizadas pelos homens, tal como se verificou nas mulheres, diferenciam-se estatisticamente no que diz respeito ao controlo interno/externo dos problemas, com aumento médio significativo no período pós-natal. As restantes estratégias de coping e o coping total não diferem entre os dois períodos.

O homem usa mais estratégias de coping durante a gravidez do que no seu resultado (Johnson & Baker, 2004)

As mulheres e os homens, no que diz respeito ao stress profissional, não mostram diferenças entre os dois períodos, na gravidez e depois da mesma, mantendo semelhantes as médias dos níveis de stress no contexto laboral.

Os estados emocionais negativos na mulher, no seu global, avaliados pela DASS total, não se alteraram, em média, entre os dois momentos, assim como não há diferenças nos níveis de depressão e de ansiedade. A avaliação do stress nas mulheres, pelo contrário, aumentou no período pós-natal, com valores médios mais elevados e diferenças estatisticamente significativas, quando comparado com o período da gravidez. Figueiredo e Costa (2009) não encontraram diferenças significativas no valor de depressão três meses antes e três meses depois do parto numa amostra de mulheres portuguesas, mas encontraram diferenças na ansiedade e no stress que decresceram do primeiro para o segundo momento.

Os estados emocionais negativos dos homens, avaliados pela DASS, não se alteraram entre os dois momentos, nem a nível global, nem a nível das dimensões depressão, ansiedade ou stress.

Bifulco et al. (2004), num estudo longitudinal transcultural, mostraram que a depressão pré-natal e pós-natal estão associadas com o estilo de vinculação insegura das mulheres avaliado com a ASI. A vinculação ambivalente nas mães, em média, está mais associada à depressão na gravidez e, aquelas que mostram estilo ansioso são as que sofrem mais depressão pós-natal. Para além disso, a vinculação insegura está associada a baixa classe social e a contextos sociais mais desfavoráveis. Grace (1989) não encontrou essa correlação entre a depressão e vinculação materna no pós-parto.

A análise dos sintomas psicopatológicos avaliados pelo BSI, nas mulheres, nos dois momentos (antes e após o parto), apresenta um conjunto de alterações importantes, com aumento dos níveis médios nos sintomas psicopatológicos no período pós-natal. Não se encontraram diferenças significativas em três dos sintomas avaliados (somatização, ansiedade e ansiedade fóbica). Em todos os outros sintomas e índices, as diferenças de médias foram estatisticamente significativas, com aumento dos níveis de sintomatologia no segundo momento. São eles, as obsessões-compulsões, a sensibilidade interpessoal, a depressão, a hostilidade, a ideação paranóide, o psicoticismo, assim como os índices totais.

Nos homens, as avaliações relativas aos sintomas psicopatológicos mantêm-se estáveis, por vezes com ligeiros aumentos nas médias no período pós-natal. Contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas. A ideação paranóide, analogamente, aumenta do período pré para o pós-natal mas a diferença de médias tem significância apenas marginal. Este sintoma foi o que mais aumentou na mulher. Nos totais, o resultado é um pouco diferente. Entre os dois momentos, os totais de sintomas positivos e o índice de sintomas positivos diferem significativamente com decréscimo significativo do total de sintomas positivos, revelando um bom resultado, além de um aumento significativo do índice de sintomas positivos. O índice geral de sintomas não se diferencia, em média, entre os dois momentos.

Gerner (2005) mostrou que a hostilidade e as dificuldades comunicacionais a lidar com o stress inerente à transição para a parentalidade tornam a parentalidade mais problemática e mostram o quanto os cônjuges não estão preparados para lidar com esta transição.

H₁₅ – Existe uma diferença significativa na vinculação pós-natal quer nas mães quer nos pais, segundo a ocorrência, ou não, de problemas de saúde do recém-nascido no momento do nascimento.

A vinculação pós-natal de cada progenitor ao seu bebé não é influenciada pela presença de problemas de saúde no momento do nascimento, embora as médias de vinculação sejam superiores nos pais dos bebés que tiveram problemas de saúde.

Adicionalmente, verificámos que a vinculação de qualquer dos progenitores ao bebé, no total e nas dimensões, não foi influenciada pelo tipo de parto e que a idade gestacional não está associada à vinculação pós-natal materna e paterna total, à intensidade da preocupação pós-natal materna e à qualidade da vinculação pós-natal.

Uma grande maioria dos pais que participaram no estudo assistiu ao parto. As mulheres apoiadas pelos seus companheiros durante o parto recorrem menos aos analgésicos e vivem a experiência como mais positiva, quando comparadas com as mulheres que não têm este apoio dos seus companheiros. Os homens que assistiram ao parto, por seu lado, beneficiam dessa experiência relatando maior satisfação emocional e um verdadeiro estado de felicidade (Camus, 2002).

Os pais vinculam-se mais quando estão presentes no momento do nascimento. Segundo Hepper (1996), o bebé é gravado no futuro através do feto que o inscreve na história da sua filiação a partir das marcas mnésicas, sensitivo-sensoriais da vida fetal (marcas portadoras da história da gravidez e talvez da história da sua filiação no seu todo, através das interacções feto-maternas que apoiam a organização dos precursores da vinculação e da sintonia afectiva).

H₁₆ - Existem correlações positivas e significativas entre a satisfação com a vida conjugal no período pós-natal e a vinculação pós-natal ao bebé, tanto nas mães como nos pais.

Ao longo deste estudo, fomos verificando que a conjugalidade decresce do período pré para o pós-natal em mulheres e homens e que nos homens a vinculação ao bebé é superior à vinculação paterno-fetal. Na associação entre a conjugalidade e a vinculação ao bebé seis a doze meses após o parto em cada um dos elementos do casal, verificámos que a satisfação com a vida conjugal, quer nos homens quer nas mulheres, decresceu do período pré para o pós-natal e a vinculação ao bebé manteve-se nas mães e aumentou nos pais.

A intensidade da preocupação materna e a vinculação materna pós-natal total não se correlacionam significativamente com a satisfação com a vida conjugal, dimensões e focos.

Nas mulheres, e no que se refere à qualidade da vinculação, em associação com a satisfação com a vida conjugal, as correlações são elevadas, positivas e significativas entre a qualidade da vinculação pós-natal materna e a satisfação com a vida conjugal global, o funcionamento conjugal, o amor, a zona focada no próprio, e no outro. Quando o foco é o casal, a significância é marginal, ainda assim muito próxima do valor preconizado. Estes resultados mostram que uma qualidade da vinculação pós-natal materna mais elevada está associada a uma maior satisfação com a conjugalidade na mulher.

No período pré-natal, esta associação foi positiva e significativa para a vinculação pré-natal materna total e para as duas dimensões, podendo indicar o afastamento do casal após o nascimento do filho.

Nos homens, a qualidade da vinculação pós-natal paterna está correlacionada de forma moderada, positiva e estatisticamente significativa com a satisfação com a vida conjugal global, com o funcionamento conjugal, com o foco no casal e com o foco no próprio. A correlação não é significativa entre a qualidade da vinculação pós-natal paterna e o amor e entre aquela e o foco no outro. Estes resultados levam a inferir que a qualidade da vinculação do pai ao bebê não está associada de forma importante à satisfação com o outro ou com o amor. Neste período, o homem já não precisa de se relacionar com o seu filho através da sua mulher tornando independentes as situações relacionais. Esta situação não se verifica na mulher.

A satisfação com a vida conjugal paterna, por um lado, e a intensidade da preocupação pós-natal paterna ou a vinculação pós-natal paterna total ao bebê, por outro lado, não estão significativamente associadas.

Em síntese, a satisfação com a vida conjugal está associada positivamente à qualidade da vinculação ao bebê, nas mulheres e nos homens. Nos homens é a vinculação total, o funcionamento conjugal, o casal e o próprio que se associam. O amor e a zona focada no outro não se associam à qualidade da vinculação ao bebê. A intensidade da preocupação e a vinculação total ao bebê não estão associadas à satisfação com a conjugalidade nas mulheres e nos homens.

De acordo com a perspectiva de Raphael-Leff (2009), o processo de paternidade alimenta-se das relações que o homem trava com a sua companheira, agora mãe, e com o estranho com quem tem de familiarizar-se, o bebê.

Belsky, Rovine e Fish (1989) salientaram a diminuição de sentimentos amorosos e o aumento de conflitos durante o puerpério, o que está de acordo com os resultados que obtivemos.

2. Limitações dos estudos

Na investigação realizada tivemos grandes preocupações com a sua validade interna e externa, tanto no período de concepção como ao longo do seu desenvolvimento. No entanto, temos a noção que um conjunto de factores, para além daqueles que foi possível controlar, podem ter afectado essa validade constituindo limitações ao estudo e devendo serem tomados em consideração na interpretação e generalização dos resultados (Almeida e Freire, 1997).

Uma das principais limitações desta investigação, que é também uma qualidade, está relacionada com a sua natureza longitudinal. Uma série de variáveis do contexto, que não podemos controlar, influenciam o desenvolvimento dos sujeitos ao longo do tempo em que decorre a investigação (Bronfenbrenner, 1986). Para além disso, um número considerável de sujeitos perde-se na investigação por não estarem interessados em continuar a participar, limitando o cumprimento de alguns objectivos. Destacamos a não participação, na terceira fase, de um número avultado de casais que tendo colaborado inicialmente e aceite participar posteriormente na continuação da investigação não o fizeram apesar dos esforços que encetámos nesse sentido. Esses casais poderão corresponder, eventualmente, a situações de risco que escaparam ao nosso estudo.

Outra limitação sentida prendeu-se com as características psicométricas dos instrumentos utilizados na avaliação da vinculação pré-natal e pós-natal. No primeiro caso, a adaptação para português de uma escala australiana veio a revelar-se, de algum modo, uma dificuldade na análise da validade e fiabilidade da mesma. Foi necessário retirar alguns itens da escala total e, nas dimensões, a organização dos itens foi um pouco diferente da original, tanto na versão materna como na paterna. Além disso, uma das dimensões obteve uma consistência interna baixa. No segundo caso, a não existência de uma adaptação da escala de vinculação pré-natal ao período pós-natal levou-nos a proceder à adaptação da versão pré-natal, com todas as implicações psicométricas que daí advêm. A mais significativa diz respeito ao reduzido tamanho da amostra onde foi aplicada a versão pós-

natal, impossibilitando o seu adequado estudo de validade e fiabilidade. É com prudência que olhamos os resultados da avaliação da vinculação pós-natal, embora, dentro das limitações existentes, tenhamos sido rigorosos em todos os procedimentos.

Ainda, no que se refere às escalas utilizadas, consideramos que constituiu uma limitação ao estudo não haver uma versão paterna da escala de atitudes face à gravidez e à maternidade que, segundo a autora, está em preparação. Mais, sentimos que o inventário de resolução de problemas pode não ter sido a melhor opção dada a necessidade encontrada de retirar um conjunto de itens para atingir bons resultados na validade e fidelidade do mesmo, na amostra em estudo. Apesar disso, conseguimos boas características psicométricas após a sua adaptação.

Finalmente, o tempo em que decorreu a recolha de dados foi muito longo, não só pela natureza longitudinal da investigação, realizada em três tempos distintos entre si, em vários meses, mas pela dificuldade que os casais demonstraram em participar no terceiro tempo da investigação, obrigando ao seu prolongamento no tempo.

3. Estudos a realizar no futuro

Depois desta investigação novas questões se nos levantaram, abrindo caminho para estudos futuros.

Um primeiro estudo que se revelou fundamental refere-se à continuação do estudo da vinculação pré-natal materna, e principalmente paterna, em contextos clínicos diferentes. Outro estudo a realizar prende-se com o aprofundamento do conhecimento da influência das variáveis psicológicas na patologia obstétrica e no resultado do parto. Na investigação realizada, encontrámos apenas duas variáveis psicológicas que determinam a ocorrência de patologia obstétrica e nenhuma variável determina o resultado do parto. Além disso, a vinculação pré-natal não exerce efeito na ocorrência de patologia obstétrica. Gostaríamos de comparar estes resultados com estudos em amostras de risco psicossocial, cuja finalidade é continuar a compreender quais os factores psicossociais que protegem o desenvolvimento da gravidez e o resultado do parto e quais os factores de risco obstétrico que podem estar minimizados com uma maior e mais atenta vigilância materna durante a gravidez.

Um outro estudo, que se articula com o anteriormente proposto, refere-se ao conhecimento dos factores psicológicos responsáveis pela ocorrência do parto pré-termo.

Dado o número reduzido de casos, esses dados não foram trabalhados, mas é do nosso interesse fazê-lo em seguida.

É também nosso propósito estudar os grupos, de acordo com os padrões de vinculação pré-natal, segundo a psicopatologia e o resultado do parto.

Para além dos trabalhos de campo enunciados, estamos certas que há ainda muito a explorar na vasta informação recolhida, e organizada em resultados, nos três estudos realizados.

Conclusões

Ao finalizarmos este trabalho julgamos útil tecermos algumas considerações e apresentarmos as conclusões que integram a compreensão dos conhecimentos produzidos pela investigação realizada.

Um dos aspectos por nós considerado de maior relevo prende-se com o aumento do conhecimento em três áreas distintas e interligadas: a vinculação pré-natal em homens e em mulheres; a articulação da vinculação pré-natal com as variáveis psicológicas, sociodemográficas e clínicas e a compreensão da influência dessas variáveis na evolução médica da gravidez e no resultado do parto.

Um outro aspecto muito significativo refere-se à comparação dos pares conjugais, não apenas ao nível da vinculação pré-natal mas em todas as variáveis psicológicas em análise, quer durante a gravidez quer no período pós-natal e, ainda, à comparação dos estados psicológicos das mulheres e dos homens entre as duas fases das suas vidas. Assim, conhecemos as particularidades dos sujeitos e as peculiaridades dos casais no processo de transição em causa. Um último aspecto importante foi o conhecimento obtido acerca da influência da patologia obstétrica e do resultado do parto na vinculação pós-natal de cada um dos pais ao bebé.

No que se refere à amostra seleccionada para esta investigação, consideramos interessante salientar que apesar de ter sido uma amostra não probabilística, as suas características sociodemográficas sobrepõem-se bastante às descritas nos dados apresentados pelo INE (Instituto Nacional de Estatística), nomeadamente no que respeita à escolaridade, profissão, estatuto socioeconómico, estado civil, número de filhos, idade em que os casais têm o primeiro filho e tipo de vigilância da gravidez, evidenciando uma representatividade muito próxima da população. Constatámos, ainda, que os valores percentuais obtidos em diferentes variáveis clínicas e psicológicas analisadas (planeamento familiar, níveis de depressão e de ansiedade, etc.) são muito semelhantes aos referidos em diversas fontes bibliográficas.

Estes resultados devem-se à grande preocupação que tivemos em minimizar as limitações relativas ao tipo de amostragem, diversificando os locais de recolha da amostra, abrangendo todas as franjas da população onde se encontrassem casais no segundo

trimestre de gravidez de baixo risco, desde as zonas costeiras ao interior e aos centros urbanos.

O estudo da vinculação pré-natal foi central nesta investigação. Definimo-la, de acordo com Condon (1993), como o laço afectivo que une os progenitores ao seu bebé antes de nascer. O desenvolvimento da representação da vinculação de cada progenitor ao feto é influenciado por vários factores psicológicos, assim como por alguns factores sociodemográficos e clínicos. Trata-se de um constructo multifactorial cujas dimensões avaliam áreas específicas da vinculação pré-natal mas que estão, obviamente, interligadas.

Cumprindo o primeiro objectivo geral do estudo, apontamos, em seguida, as conclusões relativas à caracterização da vinculação pré-natal materna e, depois, paterna.

A vinculação pré-natal materna, no que respeita à sua dimensão total, está associada da seguinte maneira às variáveis psicológicas da mulher: eleva-se com as melhores atitudes face à gravidez e maternidade, evidenciadas pelas sub-escalas filho imaginado, boa mãe, imagem corporal e necessidade de dependência, gravidez como factor de mudança e crescimento pessoal, relação com a própria mãe e apoio do marido/companheiro; eleva-se, com a maior satisfação conjugal (total, amor, funcionamento conjugal, zona do casal, do próprio e do outro); aumenta com o coping, total e de confronto e resolução activa dos problemas e planificação da estratégia; decresce com a elevação do coping pedido de ajuda; diminui com o aumento dos estados emocionais negativos, total, depressão e stress e com a subida dos níveis de todos os sintomas psicopatológicos (à excepção da ansiedade fóbica).

A vinculação pré-natal materna total é, portanto, tanto mais elevada quanto o são os factores protectores psicológicos, intrapsíquicos e relacionais, e quanto menores são os factores de risco emocionais e psicopatológicos.

Quanto ao efeito dos factores sociodemográficos e clínicos na vinculação pré-natal total, concluímos que a idade (mais jovem), o planeamento da gravidez e a aceitação fácil da gravidez não planeada influenciam favoravelmente a vinculação pré-natal materna total e, ainda, o aumento do tempo de gestação e o menor número de gravidezes anteriores estão positivamente correlacionados com este tipo de vinculação.

Embora todas as variáveis atrás referidas exerçam os seus efeitos na vinculação pré-natal materna total, o modelo explicativo da variância apontou para que sete variáveis expliquem 30.3% da sua variância global. Essas variáveis são as seguintes: idade, filho imaginado, depressão, ansiedade, pedido de ajuda, imagem corporal e necessidade de dependência e idade gestacional. Este modelo permitiu concluir que as grávidas mais jovens, com maior capacidade de imaginar o bebé, menos deprimidas, mais ansiosas, que

pedem mais ajuda, com boa imagem corporal e necessidade de dependência e com idade gestacional mais avançada evidenciam uma vinculação pré-natal total mais elevada.

A qualidade da vinculação materna, dimensão da vinculação pré-natal, associa-se favoravelmente às atitudes face à gravidez e maternidade (filho imaginado, boa mãe, gravidez como factor de mudança e crescimento pessoal, relação com a própria mãe, apoio do marido/companheiro e imagem corporal/necessidade de dependência) tal como se verificou com a vinculação pré-natal materna total, atrás referida. A associação entre a qualidade da vinculação materna e a satisfação conjugal (total e dimensões) é, também, positiva, assim como entre aquela e o coping total e seus factores confronto e resolução activa dos problemas e planificação da estratégia, abandono passivo da situação, controlo interno/externo dos problemas e autoresponsabilização e medo das consequências. A qualidade da vinculação materna está associada a um maior número de estratégias de coping do que a vinculação total.

O decréscimo da qualidade da vinculação materna ocorre em presença dos aspectos difíceis da gravidez e da maternidade, do aumento dos estados emocionais negativos no seu total e dimensões (depressão, ansiedade e stress), do stress profissional mais intenso e de todos os sintomas psicopatológicos. A qualidade da vinculação materna está negativamente associada à ansiedade, à ansiedade fóbica e à existência de dificuldades face à gravidez e maternidade o que não se observa na vinculação pré-natal materna total.

No que se refere aos factores sociodemográficos, o tipo de habitação é o único que influencia a qualidade da vinculação materna (superior nas mulheres que moram em apartamentos). Quanto às variáveis clínicas, são o planeamento da gravidez e a aceitação fácil da gravidez não planeada que a influenciam tal como acontece com a vinculação pré-natal materna total. Para além destes factores, a qualidade da vinculação materna aumenta com o decorrer da gestação e decresce com o aumento das gravidezes e do número de interrupções de gravidez anteriores (esta é a única dimensão influenciada pelas interrupções de gravidez).

O modelo preditor da qualidade da vinculação materna conta com 34.1% da explicação da sua variância a partir de sete variáveis, das quais seis são de natureza exclusivamente psicológica. Essas variáveis são: filho imaginado, aspectos difíceis da gravidez e da maternidade, depressão, ansiedade, sensibilidade interpessoal, pedido de ajuda e idade gestacional. Conclui-se que as mulheres com atitudes mais positivas face ao bebé imaginário, que valorizam menos os aspectos difíceis da gravidez e da maternidade, menos deprimidas, mais ansiosas, que têm maior sensibilidade interpessoal, que pedem

mais ajuda e têm idade gestacional mais avançada demonstram maior qualidade da vinculação materna. Note-se que no modelo preditor, a ansiedade passou a contribuir favoravelmente para a vinculação materna total e para a qualidade da vinculação.

A intensidade da preocupação materna, ou tempo despendido com o modo de vinculação, outra dimensão da vinculação pré-natal materna, está associada positivamente às atitudes favoráveis face à gravidez e maternidade (filho imaginado, boa mãe, imagem corporal e necessidade de dependência, gravidez como factor de mudança e crescimento pessoal, relação com a própria mãe e apoio do marido/companheiro), tal como se verificou nas dimensões antes apresentadas. Está, também, positivamente associada à satisfação conjugal (total e dimensões) e ao coping de confronto e resolução activa dos problemas e planificação da estratégia, como ocorre na vinculação pré-natal materna total. A intensidade da preocupação materna associa-se negativamente aos aspectos difíceis da gravidez e da maternidade e ao pedido de ajuda (como acontece na qualidade da vinculação) e associa-se ao aumento da depressão tal como nas dimensões anteriormente referidas (vinculação pré-natal materna total e qualidade da vinculação materna).

A idade influencia inversamente a intensidade da preocupação materna com o feto. Ter feito o planeamento da gravidez e ter menor número de gravidezes anteriores incrementa os níveis da intensidade da preocupação.

Cinco variáveis preditoras significativas explicam 20.8% da variância da intensidade da preocupação materna formando o seu modelo explicativo. Essas variáveis são as seguintes: idade, filho imaginado, imagem corporal e necessidade de dependência, pedido de ajuda, obsessões-compulsões e total de sintomas positivos. Com este modelo conclui-se que as mulheres revelam maior intensidade da preocupação com o feto quando: são mais jovens, mostram atitude mais favorável face ao filho imaginado e à imagem corporal e necessidade de dependência; têm coping menos favorável no factor pedido de ajuda e são menos obsessivas-compulsivas.

Concluimos que a vinculação pré-natal materna total e suas dimensões associam-se positivamente às melhores atitudes face à gravidez e maternidade, à satisfação conjugal elevada e ao coping e associam-se, negativamente, aos estados emocionais negativos e aos sintomas psicopatológicos. Os factores sociodemográficos que influenciam a vinculação pré-natal, total e suas dimensões, são a idade jovem e a habitação protegida. As variáveis clínicas que influenciam a vinculação pré-natal materna são o planeamento da gravidez, a fácil aceitação da gravidez não planeada, o número de gestações anteriores e a idade gestacional mais avançada.

O filho imaginado é um preditor de grande relevância nos modelos explicativos da vinculação pré-natal materna total, da qualidade da vinculação e da intensidade da preocupação materna. E, a ansiedade, torna-se favorável no aumento da vinculação pré-natal materna.

Passamos, em seguida, à apresentação das conclusões obtidas no estudo da vinculação pré-natal paterna. Importa lembrar que no caso paterno não foram avaliadas as atitudes face à gravidez e à paternidade, o que constitui uma diferença importante em relação aos resultados obtidos no caso materno.

No que concerne à vinculação pré-natal paterna total, esta associa-se às variáveis psicológicas da seguinte forma: eleva-se com a satisfação conjugal elevada (total, amor, funcionamento conjugal, zona do casal, do próprio e do outro) e com um elevado coping (total, confronto e resolução activa dos problemas e planificação da estratégia, controlo interno/externo dos problemas) o que, em relação ao coping, é semelhante à situação materna; decresce com as obsessões-compulsões e com a sensibilidade interpessoal aumentada. As variáveis sociodemográficas ou clínicas não influenciam a vinculação pré-natal paterna total.

As variáveis predictoras da vinculação pré-natal paterna total, de acordo com o modelo encontrado, são a ansiedade e o amor. As duas variáveis, em conjunto, justificam 20.2% da variância e é-nos permitindo concluir que os pais mais ansiosos e mais satisfeitos com o amor (dimensão da vida conjugal) estão mais vinculados ao feto no que concerne à vinculação pré-natal paterna total.

A qualidade da vinculação paterna, dimensão da vinculação pré-natal paterna, associa-se, positivamente, às variáveis psicológicas satisfação conjugal (total e dimensões) e ao coping (total e factores confronto e resolução activa dos problemas e planificação da estratégia, abandono passivo da situação, controlo interno/externo dos problemas), o que é semelhante aos resultados maternos excepto num dos factores do coping. A qualidade da vinculação paterna decresce quando se elevam os estados emocionais negativos (total, depressão e stress, mas não a ansiedade), o stress profissional e os sintomas psicopatológicos (excepto a somatização e a ansiedade fóbica). Ao contrário do que se verificou na qualidade da vinculação materna, a ansiedade, a ansiedade fóbica e a somatização não são factores importantes na qualidade da vinculação dos pais ao feto.

As variáveis clínicas planeamento da gravidez e aceitação da gravidez não planeada (tal como no caso materno) e, também, a variável sociodemográfica estatuto ocupacional contratual elevam a qualidade da vinculação paterna.

As variáveis preditoras da qualidade da vinculação paterna são as que a seguir se indicam. O abandono passivo perante a situação, a ansiedade, o amor e a sensibilidade interpessoal. Estas explicam 23.6% da variância da dimensão. Concluimos que, nos pais, os níveis de abandono passivo mais altos, a ansiedade mais elevada, a maior satisfação com o amor e a menor sensibilidade interpessoal tendem a predizer uma maior qualidade de vinculação pré-natal paterna.

Quanto à intensidade da preocupação paterna, ou tempo despendido com o modo de vinculação, esta associa-se positivamente à satisfação conjugal (total e dimensões), mas também à ansiedade e à somatização expressa pelos homens. Um aspecto muito relevante prende-se com a inexistência de associações significativas entre a intensidade da preocupação paterna e as estratégias de coping. Esta ausência do efeito do coping poderá justificar o aumento dos índices de ansiedade e de somatização, provavelmente compensados com o amor conjugal.

A intensidade da preocupação paterna eleva-se, ainda, quando o núcleo familiar é formado apenas pelo par conjugal, quando os homens são mais jovens nas situações em que o rendimento do casal é mais elevado. Esta dimensão tem em comum, em mulheres e homens, a influência da idade e da satisfação conjugal.

Apesar dos efeitos e das associações estabelecidas entre as variáveis acima referidas, o modelo encontrado para estimar a intensidade da preocupação paterna, que perfaz um total de 14.7% de variância explicada, inclui as variáveis ansiedade, número de filhos e estatuto socioeconómico. Concluimos que os pais exibem maior intensidade da preocupação com o feto quando são mais ansiosos, têm menor número de filhos e revelam um estatuto socioeconómico mais elevado.

Nos modelos explicativos da vinculação pré-natal paterna total e dimensões, a ansiedade é comum a todos eles e o amor conjugal contribui para a explicação da vinculação total e da qualidade da vinculação paterna. Não há dúvida que paternidade implica família, parentesco, envolvimento, desenvolvimento psicológico e vínculos (Lamb, 1992).

Apesar de algumas semelhanças encontradas, a vinculação pré-natal tem características bastante diferentes em homens e em mulheres.

Em síntese, comparando todos os aspectos estudados da vinculação pré-natal, em mulheres e em homens, concluimos que, nos pais e nas mães, a vinculação pré-natal total tem em comum a relação positiva estabelecida com a satisfação conjugal e com o coping (total e de confronto e resolução activa de problemas e planificação da estratégia) e tem de

diferente a relação estabelecida com todos os sintomas psicopatológicos e estados emocionais negativos. Nas mulheres, essa associação é negativa e, nos homens, apenas dois sintomas psicopatológicos (as obsessões-compulsões e a sensibilidade interpessoal) mostraram associação negativa com a vinculação pré-natal total. Ainda, na mulher, a vinculação pré-natal materna total é influenciada por variáveis sociodemográficas e clínicas e, estas, não influenciam a vinculação pré-natal paterna total.

Estas diferenças relembram-nos, à luz do princípio epigenético, uma mulher com um bebé em desenvolvimento dentro de si, em simultâneo com a transformação da identidade, as mudanças corporais e, ainda, sujeita a uma série de tarefas da gravidez e exigências sociais diferentes do homem que vai ser pai. O único preditor comum da vinculação pré-natal total, materna e paterna, denomina-se ansiedade.

A qualidade da vinculação materna e paterna apresentam bastantes semelhanças. Estão ambas relacionadas com a satisfação conjugal e com o coping total e dimensões (confronto e resolução activa de problemas e planificação da estratégia, abandono passivo perante a situação e controlo interno/externo dos problemas), com os estados emocionais negativos (total, depressão e stress) e com os sintomas psicopatológicos. Ambas são influenciadas pelas variáveis clínicas planeamento da gravidez e aceitação da gravidez não planeada. A nível das variáveis sociodemográficas, a qualidade da vinculação em homens e em mulheres apresenta diferenças no tipo de habitação (relevante para as mulheres) e no estatuto ocupacional (mais importante para os homens). Contudo, os preditores comuns da qualidade da vinculação são a ansiedade e a sensibilidade interpessoal.

A intensidade da preocupação, por seu lado, é manifestamente diferente em homens e em mulheres. Há apenas uma relação idêntica com as variáveis satisfação conjugal e idade. Nas mulheres, há relação entre a intensidade da preocupação e o coping de controlo e resolução activa dos problemas e planificação da estratégia e o de pedido de ajuda. Nos homens, o coping não se associa à intensidade da preocupação com o feto. Nas mulheres, a depressão está relacionada negativamente com a intensidade da preocupação e, nos homens, a ansiedade e a somatização relacionam-se positivamente com essa preocupação.

A intensidade da preocupação materna é sensível às variáveis clínicas: planeamento da gravidez e número de gravidezes anteriores. A intensidade da preocupação paterna é sensível às variáveis sociodemográficas: constituição do agregado familiar e rendimento do casal. A intensidade da preocupação materna e paterna não tem variáveis preditoras em comum.

Após a caracterização da vinculação pré-natal em homens e em mulheres passamos, em seguida, às conclusões obtidas na comparação psicológica dos pares conjugais durante a gravidez, respondendo ao segundo objectivo geral da investigação.

Naqueles que se designam “os meses calmos”, o segundo trimestre de gravidez, os homens e as mulheres seguem uma trajectória psicológica idêntica entre diferentes áreas do funcionamento psíquico, protectoras e de risco. Porém, os membros do casal mostram diferenças psicológicas entre si neste período de gravidez.

As mulheres estão mais vinculadas ao feto do que os seus companheiros. No entanto, os homens apresentam valores médios de vinculação paterno-fetal elevados (em relação ao ponto médio da escala de medida) e revelam um padrão de vinculação forte e seguro ao feto (38.1% dos sujeitos) acima do obtido pelas mulheres (36.4%), no mesmo período. Concluimos que há uma grande variabilidade na vinculação pré-natal dos homens ao seu filho e que os níveis de vinculação dos pais ao feto são elevados mas estão aquém dos apresentados pelas suas mulheres/companheiras durante a gravidez.

Dentro dos casais, a satisfação conjugal é semelhante quer globalmente, quer no amor, no funcionamento conjugal e nas zonas focadas no casal e no outro. Porém, os homens estão mais satisfeitos consigo próprios, do que as suas mulheres com elas mesmas, na zona de satisfação conjugal com o próprio, revelado pela expressão de sentimentos, afecto, prazer e atenção ao cônjuge e às suas necessidades e da família, denotando o desinvestimento feito pela mulher no seu meio exterior e nas suas relações habituais por estar ocupada internamente com as alterações da gravidez e mais voltada para si mesma e para a unidade mãe-feto (Justo, 1994).

Os membros do casal utilizam algumas estratégias de resolução de problemas de forma diferente. Os homens são mais adequados a nível do coping total, do confronto e resolução activa dos problemas e planificação da estratégia e do controlo das emoções, o que está de acordo com o facto de as mulheres terem um enorme conjunto de tarefas pela frente (Sowden et al., 2007) ou, também, porque são grávidas de baixo risco (Pereira et al., 1999). Os casais não diferem no coping pedido de ajuda, abandono passivo perante a situação, controlo interno/externo dos problemas e auto-responsabilização e medo das consequências.

Quanto aos estados emocionais negativos (total, ansiedade e stress), ao stress profissional e aos sintomas psicopatológicos (somatização, depressão, ansiedade, ansiedade fóbica, índice geral de sintomas e total de sintomas positivos), são as mulheres que os apresentam mais elevados dentro do casal. Relativamente à ansiedade nos futuros pais,

Condon e Esuvaranathan (1990) consideraram que os seus baixos níveis se devem à negação da mesma. Contudo, a base biológica destes estados de humor não pode ser ignorada.

Os casais não mostram diferenças nas áreas psicóticas ideação paranóide e psicoticismo nem nas obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, hostilidade e índice de sintomas positivos, aspectos muito relevantes no relacionamento interpessoal.

Concluimos que as mulheres estão mais vinculadas ao feto, menos satisfeitas consigo próprias na relação conjugal e utilizam menos as estratégias de coping. Além disso, mostram estados emocionais negativos e sintomas psicopatológicos mais acentuados comparativamente com os seus companheiros/cônjuges.

Nas situações de avaliação e intervenção psicológica durante a gravidez, a paridade é um aspecto essencial a ser considerado. Mais concretamente, o número de gestações nas mulheres (primigestas e multigestas) e o número de filhos nos homens (esperam o primeiro filho ou têm pelo menos um filho). Neste estudo, concluimos que as mulheres primigestas e os homens que ainda não têm filhos são mais novos e mais escolarizados em comparação, respectivamente, com as multigestas e com os homens que já foram pais. Concluimos, também, que as mulheres primigestas sentem a gravidez como um tempo de mudança e crescimento de pessoal positivo, referem maior apoio por parte do marido/companheiro, mostram mais satisfação com a vida conjugal e evidenciam estados emocionais negativos mais baixos comparativamente com aquelas que já tiveram gestações anteriores.

Os homens que esperam o seu primeiro filho, quando comparados com aqueles que têm pelo menos um filho, estão mais satisfeitos com a vida conjugal e mostram maior intensidade de preocupação com o feto.

O número de gestações da mulher e o número de filhos no homem constituem, portanto, uma variável a ter em conta na vinculação dos homens ao feto, nas atitudes das mulheres face à gravidez e na conjugalidade de ambos os progenitores durante a gestação.

Depois de apresentadas as conclusões respeitantes à caracterização da vinculação pré-natal materna e paterna, à comparação psicológica entre os pares conjugais e ao conhecimento da influência do número de filhos em homens e do número de gestações em mulheres, apresentamos, em seguida, as conclusões relativas à influência das variáveis psicológicas presentes nas mulheres grávidas, avaliadas antes do parto, no resultado do mesmo e na ocorrência de patologia obstétrica no II e III trimestres de gravidez, cumprindo mais um objectivo geral da investigação, o terceiro enunciado. Este objectivo foi ampliado

com a análise das variáveis sociodemográficas por se terem mostrado relevantes na literatura consultada.

Uma percentagem elevada de grávidas, inicialmente de baixo risco obstétrico, sofreu a incidência de algum tipo de patologia obstétrica (24.3%) no II e III trimestre de gravidez. No que respeita ao parto, o parto eutócico foi o mais frequente e ocorreu em mais de metade das mulheres (50.9%), seguido do parto por cesariana (26.8%) e dos partos instrumentados (22.3%). No que se refere à saúde do bebé no momento do nascimento, 19.2% dos bebés nasceram com algum problema de saúde entre os seguintes: pré-termo (32.9% dos bebés com problemas e 6.3% do total de bebés da amostra), dificuldade respiratória (17.1% dos bebés com problemas), doença interna (17.1% dos bebés com problemas), circular apertada ao pescoço (15.8% dos bebés com problemas), traumatismo de parto (15.8% dos bebés com problemas) e doença materna (1.3% dos bebés com problemas). A percentagem de bebés pré-termo é, nesta amostra, menor do que a percentagem nacional, cremos que devido à adequada vigilância realizada nos serviços de saúde mas também por se tratar de uma amostra de baixo risco.

As percentagens encontradas nas patologias referidas, por serem tão reduzidas, limitaram a possibilidade de estudar com rigor estatístico as relações com as variáveis psicológicas maternas, comprometendo a concretização de alguns dos objectivos específicos enunciados. Nomeadamente, no que se refere à ocorrência de parto pré-termo, onde verificámos uma diminuição de casos em relação às estatísticas nacionais. Podemos pensar que este facto se deve à selecção prévia de uma amostra de baixo risco e à vigilância adequada da gravidez. Continuamos, no entanto, sem garantias de que a explicação do parto pré-termo se possa fazer com os factores habituais, ou se haverá outros factores suficientes para o explicar, nomeadamente os factores de risco presentes em alguns grupos populacionais (e que não afectam todas as grávidas da mesma maneira). Continuamos a considerar que, provavelmente, os factores de risco são mediados pela reacção psicológica da mulher face à gravidez e sentimos necessidade de continuar a desenvolver estudos nesta área.

Os factores sociodemográficos das mulheres (idade, escolaridade, profissão, rendimentos e nível socioeconómico) não influenciaram a ocorrência de patologia médica após as 25 semanas de gestação, assim como não influenciaram o resultado do parto (tipo de parto e saúde do bebé no momento do nascimento). Pelo contrário, as variáveis clínicas número de filhos (que neste caso traduz a paridade) e a patologia obstétrica da segunda metade da gravidez influenciaram, respectivamente, o tipo de parto e a saúde do bebé no

momento do nascimento. Todas são variáveis clínicas que se interinfluenciam mas não se associam às variáveis sociodemográficas.

Em termos psicológicos, o resultado do parto (tipo de parto e saúde do bebê ao nascer) não é influenciado pelas variáveis psicológicas da mulher, mas a patologia obstétrica é influenciada pela presença, prévia à sua ocorrência, de uma sensibilidade interpessoal elevada, caracterizada por sentimentos de insegurança e de inferioridade ou desvalorização pessoal e de um coping de pedido de ajuda baixo, ou seja, a solicitação de ajuda aos outros por incapacidade de resolver os seus problemas de modo autónomo. A vinculação materna ao feto não era diferente nos dois grupos de grávidas antes da ocorrência de patologia na gravidez, de onde concluímos que a vinculação pré-natal não influenciou desfavoravelmente o decurso da gravidez. É interessante referir que a sensibilidade interpessoal é uma das variáveis preditoras da qualidade da vinculação materna, aumentando-a e o baixo pedido de ajuda é uma das variáveis que incrementam a intensidade da preocupação materna, o que nos leva, neste caso, a reafirmá-la como uma variável adaptativa na gravidez.

Concluímos que a vinculação pré-natal materna total, a qualidade da vinculação e a intensidade da preocupação materna com o feto no segundo trimestre de gestação não influenciam o tipo de parto ou a saúde do bebê no momento do nascimento e não se relacionam com a idade gestacional do bebê ou com o seu peso ao nascer. Com estes resultados revemo-nos nos trabalhos de Dayan et al. (2006), realizados em França, ao apontarem para a inexistência de interação entre factores psicológicos e biomédicos em relação ao resultado do parto. O mesmo não se observa em relação ao decurso da gravidez.

Entre as grávidas com patologia obstétrica, ou seja, as de sensibilidade interpessoal aumentada e baixo coping pedido de ajuda, a hostilidade, a ansiedade, a satisfação conjugal na zona focada no outro e as estratégias de controlo das emoções são variáveis a ter em conta, pois são diferentes entre as mulheres conforme as doenças que manifestam. A hostilidade e a ansiedade parecem contribuir mais para a ocorrência de doenças da gravidez e do feto do que para a diabetes gestacional. A hostilidade contribui mais para a ocorrência de doenças diversas do que para a diabetes gestacional.

Neste contexto, a diminuição da satisfação conjugal com o outro predispõe mais à ocorrência de doenças da gravidez e do feto do que ao aparecimento de hipertensão arterial induzida pela gestação e doenças afins. Por outro lado, as grávidas com maior controlo das emoções são as que vêm a desenvolver hipertensão arterial induzida pela gestação e doenças afins, em comparação com as grávidas que apresentam doenças diversas e doenças

da gravidez e do feto. Concluimos que esta é uma área que merece continuar a ser investigada no futuro, pois tanto o coping como a satisfação conjugal podem ter um papel protector muito importante.

Com o terceiro estudo, concretizamos os dois últimos objectivos gerais da investigação. As conclusões relativas ao quarto objectivo apontam para que a ocorrência de patologia obstétrica do II e III trimestres, o tipo de parto e os problemas de saúde do recém-nascido no momento do nascimento não influenciem a vinculação pós-natal dos progenitores ao seu bebé (note-se que também a vinculação pré-natal das grávidas não influencia a saúde do bebé ao nascer). No entanto, a idade gestacional está marginalmente associada à qualidade da vinculação materna pós-natal, o que remete para as conclusões dos estudos publicados sobre o efeito psicológico do nascimento de bebés pré-termo nas suas mães. Esta associação não acontece na vinculação pré-natal total nem na intensidade da preocupação, sendo este um aspecto a considerar em estudos posteriores.

Relativamente ao último objectivo geral da investigação, as comparações realizadas entre os dois momentos, pré e pós-natal, nos homens e nas mulheres e as comparações dentro do casal no período pós-natal, são apresentadas em seguida.

No que concerne à associação entre as variáveis psicológicas em homens, por um lado e em mulheres, por outro lado, entre o período de gravidez e depois do nascimento, por volta do oitavo mês, concluimos que há uma grande concordância nos níveis das variáveis psicológicas dos homens indicando que percursos idênticos. Apenas o factor confronto e resolução activa dos problemas e planificação da estratégia não se associa significativamente entre os dois períodos. As mulheres mostram mais afastamentos nas dimensões psicológicas, entre a gravidez e o período pós-natal. A zona conjugal focada na própria, o abandono passivo e o total de sintomas positivos não estão associados significativamente entre os dois períodos anunciando a passagem do estado de gravidez a um estado de maternidade e de mudança no sistema familiar.

Quando estudamos as diferenças psicológicas nos homens e as mesmas diferenças nas mulheres, entre os dois momentos, concluimos que tanto as mulheres como os homens apresentam estados psicológicos diferentes. Na mulher, as mudanças mais importantes a assinalar entre o período pré e pós-natal dizem respeito à diminuição significativa da satisfação conjugal em todas as suas dimensões e total, ao agravamento do stress, dos sintomas psicopatológicos obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, hostilidade, ideação paranóide, psicoticismo e totais e ao aumento do controlo interno/externo dos problemas. Nos homens, as mudanças consideradas mais importantes,

nos mesmos períodos, situam-se nas seguintes variáveis psicológicas: aumento dos índices de vinculação ao bebé; subida dos níveis de ideação paranóide (embora marginal) e de sintomas psicopatológicos positivos; aumento do coping de controlo interno/externo dos problemas; decréscimo da satisfação com a vida conjugal (excepto o funcionamento conjugal) e descida do total de sintomas positivos avaliados pelo BSI.

O decréscimo na satisfação conjugal e no total de sintomas positivos, e o aumento do índice de sintomas positivos e do controlo interno/externo dos problemas, são comuns a homens e a mulheres. Há, também, um aumento dos níveis de ideação paranóide em ambos, ainda que marginal nos homens.

No período pós-natal, a trajectória psicológica dos homens e das mulheres nem sempre está associada significativa e positivamente, o que está em desacordo com o sucedido durante a gravidez onde todas as associações em análise são positivas e significativas. Assim, após o nascimento, as associações a que nos estamos a referir são positivas e significativas na vinculação pós-natal total e na intensidade da preocupação com o bebé, na satisfação conjugal total e dimensões, no confronto e resolução activa dos problemas e planificação da estratégia, na ansiedade, na somatização, no IGS e TSP. O controlo interno/externo dos problemas está associado em sentido negativo. Conclui-se que os casais, na transição para a parentalidade, tentam redefinir os seus papéis de marido e de mulher para incluírem os papéis de pai e de mãe, o que pode ser muito stressante para alguns (Houts et al., 2008). Além disso, voltam-se de novo para o exterior. Gerir a proximidade e a distância ao longo do tempo, entre eles entre si e entre eles e o filho, requer um trabalho redobrado de integração e de ajustamento aos novos papéis (Gerner, 2005).

Neste período, ao estudarmos as diferenças psicológicas dentro do par conjugal, concluímos que os cônjuges mantêm grandes semelhanças entre si, como sejam: a vinculação pós-natal total, a qualidade da vinculação pós-natal, a satisfação com a vida conjugal (embora as mulheres estejam menos satisfeitas com a conjugalidade), as estratégias de resolução de problemas, o stress profissional, os estados de humor negativos, os sintomas psicopatológicos (excepto a somatização). Estes últimos, apesar de mais elevados nas mulheres do que nos homens, não são significativamente diferentes.

Para finalizar, quando associámos a vinculação pós-natal materna e paterna e a satisfação conjugal concluímos que a qualidade da vinculação materna se associa positivamente à satisfação com a vida conjugal global, ao funcionamento conjugal, ao amor, à zona focada no próprio e no outro. Quando o foco é o casal, a significância é marginal, ainda que muito próxima do valor preconizado para a significância. Podemos

concluir que uma qualidade da vinculação pós-natal materna mais elevada está tendencialmente associada a uma maior satisfação da mulher com a conjugalidade na zona focada no casal. Nos homens, a qualidade da vinculação pós-natal paterna está positivamente associada à satisfação com a vida conjugal global, ao funcionamento conjugal, ao foco no casal e no próprio (exclui-se o amor e o foco no outro). Esta situação não se verifica na mulher. Concluimos que a qualidade da vinculação ao bebé, no pai, não está associada de forma importante à satisfação com o outro ou com o amor. Neste período, o homem não precisa de se relacionar com o filho através da sua mulher tornando-se um pai autónomo.

Em síntese, a satisfação com a vida conjugal (total, dimensões e zonas) está associada positivamente à qualidade da vinculação ao bebé, nas mulheres e nos homens. Nos homens, a vinculação total ao bebé associa-se ao funcionamento conjugal, ao foco no casal e ao foco no próprio. O amor e a zona focada no outro não se associam à qualidade da vinculação ao bebé. Nas mulheres e nos homens a intensidade da preocupação e a vinculação total ao bebé não estão associadas à satisfação com a conjugalidade. Belsky, Rovine e Fish (1989) salientaram a diminuição de sentimentos amorosos e o aumento de conflitos durante o puerpério.

Com os resultados obtidos nesta investigação consideramos ter cumprido os objectivos do estudo e ter aumentado o conhecimento no domínio da psicologia da gravidez e da parentalidade, assim como da psicologia clínica, específica dos períodos pré e pós-natal em homens e nas mulheres.

Consideramos que este estudo tem implicações para a prática de cuidados de saúde psicológica. Em primeiro lugar, a satisfação conjugal é protectora da vinculação pré-natal em homens e mulheres, sendo que nos homens prediz grandemente a variância explicada da vinculação paterno-fetal. Isto incentiva os psicólogos, e demais profissionais de saúde, a estarem atentos à satisfação com as relações conjugais durante a gravidez.

Em segundo lugar, homens e mulheres que vão ser pais são psicologicamente diferentes entre si e a sua vinculação aos seus filhos antes do nascimento é elaborada de forma diferente. Essas diferenças devem ser tomadas em consideração e incentivada a ligação do pai ao feto promovendo a sua participação activa e o seu envolvimento no desenrolar da gravidez. Também, deve ser incentivado um maior apoio emocional da mulher por parte do marido/companheiro, na medida em que a mulher tem níveis de stress, ansiedade e sintomas psicopatológicos significativamente mais elevados do que o seu companheiro e menos estratégias de coping. Retomamos Justo (1994) ao afirmar que o

período de gravidez pode ser muito enriquecedor se a mulher o viver não apenas como um tempo de preparação psicológica e física, mas também de preparação para o papel de mãe e para o início do relacionamento com o filho.

Um outro aspecto refere-se à condição de multiparidade nos casais. Os altos níveis de stress encontrados nos casais múltiparos em relação aos primíparos, juntamente com menor satisfação conjugal, põem em causa as políticas de educação e saúde destinadas prioritariamente aos casais primíparos, em detrimento dos múltiparos (Condon & Esuvaranathan (1990).

Assim, a criação e desenvolvimento de escolas de pais e a ênfase na preparação para uma nova parentalidade para aqueles que já têm filhos é uma aposta social a considerar. Com estas propostas, minimizamos as dificuldades conjugais evidentes manifestadas pelos casais no período pós-natal.

Finalmente, dada a influência de variáveis psicológicas na ocorrência de patologia obstétrica, observada neste estudo, cabe aos serviços de saúde possibilitar a avaliação psicológica das grávidas de baixo risco, possibilitando a sua detecção precoce.

Este é o modesto contributo que a investigação realizada oferece. Estamos certas que a divulgação destes resultados junto da comunidade científica, que já iniciámos parcelarmente e continuaremos a fazer, em muito contribuirá para que se continuem a realizar pequenas mudanças que trarão resultados muito favoráveis à saúde dos bebés, dos seus pais e, em última análise, à saúde pública, promovendo uma parentalidade saudável e vinculações seguras.

Bibliografia

- Ablon, A. (1994). The usefulness of dreams during pregnancy. *International Journal of Psychoanalyze*, 75 (2), 291-299.
- Ainsworth, M. (1969). Object relations, dependency, and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40(4), 969-1025.
- Ainsworth, M. (1976). Relações objectais, dependência e vinculação: uma análise teórica das relações da criança com a mãe. In L. Soczka (Ed.). *As ligações infantis* (155-224). Amadora: Bertrand.
- Ainsworth, M. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychology*, 34, 932-937.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Albertsen, K., Andersen, A-M. N., Olsen, J., & Gronbaek, M. (2004). Alcohol consumption during pregnancy and the risk of preterm delivery. *American Journal of Epidemiology*, 159 (2), 155-161.
- Allison, S. J., Stafford, J., & Anumba, D. OC. (2011). The effect of stress and anxiety associated with maternal prenatal diagnosis on feto-maternal attachment. *BMC Women's Health*, 11, 33.
- Almeida, L. & Freire, T. (1997). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Coimbra: APPORT.
- Alvarez L. & Golse, B. (2008). *La Psychiatrie du bébé*. Paris: PUF
- Amaral-Dias, C. (2005). *Freud para além de Freud*. Lisboa: Climepsi.
- American Psychiatric Association (2006). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4^a ed. Rev.). Washington, DC: APA.
- Ammaniti, M. (1991). Représentations maternelles pendant la grossesse et interactions précoces mère-enfant. *Psychiatrie de L'enfant*, XXXIV, 2, 341-358.
- Ammaniti, M., Spranza, A. M., Tambelli, R., Muscetta, S., Lucarelli, L., Vismara, L., Odorisio, F., & Cimino, S. (2006). A prevention and promotion intervention program in the field of mother-infant relationship. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 70-90.
- Ananth, C. V., & Vintzileos, A. M. (2006). Epidemiology of preterm birth and its clinical subtypes. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 19(12), 773-782.

- Andersson, L., Sundstrom-Poromaa, I., Wulff, M., Astrom, M., & Bixo, M. (2004a). Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 104 (3), Sept., 467-476.
- Andersson, L., Sundstrom-Poromaa, I., Wulff, M., Astrom, M., & Bixo, M. (2004b). Neonatal Outcome following maternal antenatal depression and anxiety: a population-based study. *American Journal of Epidemiology*, 159 (9), Sept, 872-881.
- Ariès, P. & Duby, J. (1990). *História da vida privada*. Lisboa: Círculo de Leitores. Vols. 1 a 5.
- Armstrong, D. S. (2004). Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. *Journal of Obstetrics, Gynecology and neonatal Nurse*, 33(6), Nov-Dec, 765-73.
- Astbury, J. (1980). The crisis of childbirth: can information and childbirth education help? *Journal of Psychosomatic Research*, 31 (6), 743-756.
- 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, 135-141.
- Austin, M. P. (2004). Antenatal screening and early intervention for “perinatal” distress, depression and anxiety: where to from here? *Archives of Women’s Mental Health*, 7, 1-6.
- Badinter, E. (1989). *O amor incerto*. Lisboa: Relógio de Água.
- Badinter, E. (2010). *O conflito: a mulher e a mãe*. Lisboa: Relógio de Água.
- Bakermans-Kranenburg, M. J. & van IJzendoorn, M. H. (2007). Research review: genetic vulnerability or differential susceptibility in child development: the case of attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (12), 1160-1173.
- Bakewell, J. M., Stockbauer, J. W., & Schramm, W. E. (1999). Factors associated with repetition of low birthweight: Missouri longitudinal study. *Pediatric Perinatal Epidemiology*, 11 (Sup.1), 119-129.
- Baqui, A. H., Darmstadt, G. L., Williams, E. K., Kumar, V., Kiran, T. U., Panwar, D., Srivastava, V. K., Ahuja, R., Black, R. E., & Santosham, M. (2006). Rates, timing and causes of neonatal deaths in rural India: implications for neonatal health programmes. *Bulletin of the World Health Organization*, 84 (9), September, 706-713.
- Basso, O, Olsen, J., & Christensen, K. (1999). Low birth weight and prematurity in relation to paternal factors: a study of recurrence. *International Journal Epidemiology*, 28, 695-700.

- Bayle, F. (2005). A parentalidade. In I. Leal. *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século, 317-346.
- Beaton, J. M., Doherty, W. J., & Rueter, M. A. (2003). Family of origin processes and attitudes of expectant fathers. *Fathering*, 2, 35-54.
- Beaton, J.M. & Doherty, W.J. (2007). Fathers' family of origin relationships and attitudes about father involvement from pregnancy through first year postpartum. *Fathering*, 5 (3 9, Fall, 236-245.
- Beck, C. T. (1999). Research on prenatal attachment and adaptation to pregnancy. *MCN*, 24(1) January/February, 25-32.
- Bell, J. F., Zimmerman, F. J., & Diehr, P. K. (2008). Maternal Work and Birth Outcome Disparities. *Maternal and Child Health Journal*, 12(4), Jul, 415-426.
- Bellieni, C. V., Ceccarelli, D., Rossi, F., Buonocore, G., Maffei, M., Perrones, S., & Petraglia, F. (2007). Is prenatal bonding enhanced by prenatal education courses?. *Minerva Ginecologica*, 59 (2), 125-129.
- Belsky, J. & Rovine, M. (1990). Patterns of marital changes across the transition to parenthood: pregnancy to three years postpartum. *Journal of Marriage and Family*, 52, 5-19.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Belsky, J., & Nezworski, T. (1988). *Clinical Implications of Attachment*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Hillsdale, New Jersey, Hove and London.
- Belsky, J., Lang, M. E., & Houston, T. L. (1986). Sex typing and division of labor as determinants of marital change across the transition to parenthood. *Journal of Personal Sociological Psychology*, 50(3), 517-522.
- Belsky, J., Lang, M. E., & Rovine, M. (1985). Stability and change in marriage across the transition to parenthood: a second study. *Journal of Marriage and Family*, 47, 855-865.
- Benedek, T. (1970) - The psychobiology of pregnancy, in Anthony EJ; Benedek T *Parenthood its psychology and psychopathology*. Boston: Little Brown and Company.
- Benoit, D. & Parker, K. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*, 65, 1444-1457.
- Berkowitz, G. S. & Papiernik, E. (1993). Epidemiology of preterm birth. *Epidemiologic Reviews*, 15(2), 414-443.

- Berle, J. O., Mykletun, A., Daltveit, A. K., Rasmussen, S., Holsten, F., & Dahl, A. A. (2005). Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 181-189.
- Bibring, G. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 14, 113-121.
- Bibring, G., Dwyer, T., Huntington, D., & Valenstein, A. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 9-23.
- Bielawska-Batorowicz, E., & Siddiqui, A. (2008). A study of prenatal attachment with Swedish and Polish expectant mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36 (4), November, 373-384.
- Bifulco, A., Figueiredo, B., Guedeney, N., Gorman, L.L., Hayes, S., Muzik, M., Glatigny-Dallay, E., Valoriani, V., Kammerer, M.H., & Henshaw, C.A. (2004). Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study. *British Journal of Psychiatry*, 184 (suppl. 46), s31-s37.
- Bigras, M., & Paquette, D. (2000). L'interdépendance entre les sous-systèmes conjugal et parental : une analyse personne-processus-contexte. *Psicologia : Teoria e Pesquisa*, 16(2), 91-102.
- Bion, W. R. (1991). Uma teoria do pensar. In E. B. Spillius (Ed.), *Melanie Klein Hoje* (185-193). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Bloom, K. C. (1995). The development of attachment behaviours in pregnancy adolescents. *Nursing Research*, 44, 284-289.
- Bogges, K. A., & Edelstein, B. L. (2006). Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. *Maternal Child Health Journal*, 10, S169-S174.
- Boom, D. C. (1997). Sensitivity and Attachment: next steps for developmentalists. *Child Development*, 64 (4), August, 592-594.
- Borjesson, K., Ruppert, S., & Bagedahl-Strindlund, M. (2005). A longitudinal study of psychiatric symptoms in primiparous women: relation to personality disorders and sociodemographic factors. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 232-242.
- Botelho, T., & Leal, I. (2007). Personalidade da mãe prematura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 127-142.

- Bouchard, G. (2005). Adult couples facing a planned or an unplanned pregnancy: two realities. *Journal of Family Issues*, 26 (5), 619-637.
- Bouchard, G. (2011). The role of psychosocial variables in prenatal attachment: an examination of moderational effects, *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 29(3), 197-207.
- Bouchard, G., Boudreau, J., & Hébert, R. (2006). Transition to parenthood and conjugal life: comparisons between planned and unplanned pregnancies. *Journal of Family Issues*, 27 (11), 1512-1531.
- Boukydis, C. F., Treadwell, M. C., Delaney-Black, V., Boyes, K., King, M., Robinsos, T., & Sokol, R. (2006). Women's responses to ultrasound examinations during routine screens in an obstetric clinic. *Journal of Ultrasound Medicine*, 25(6), 721-728.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373.
- Bowlby, J. (1961). Processes of mourning. *The International Journal of Psychoanalysis*, XLII (4-5), 317-340.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1976). A natureza da ligação da criança com a mãe. In L. Soczka (Ed.). *As ligações infantis*. Amadora: Bertrand.
- Bowlby, J. (1981). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1984). *Apego*. Volume I da trilogia Apego e perda. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Boyce, P., Condon, J., Barton, J., & Corkindale, C. (2007). First-time fathers' study: psychological distress in expectant fathers during pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 718-725.
- Boyd, R. C., Zayas, L.H., & McKee, M.D. (2006). Mother-infant interaction, life events and prenatal and postpartum depressive symptoms among urban minority women in primary care. *Maternal and Child Health Journal*, 10 (2) March, 139-148.
- Brandon, A. R. (2007). Maternal and fetal representations, dimensions of personality, and prenatal attachment in women hospitalized with high risk pregnancy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55, 253-259.
- Brandon, A. R., Trivedi, M. H., Hynan, L. S., Miltenberger, P. D., Labat, D. B., Rifkin, J. B., & Stringer, C. A. (2008). Prenatal depression in women hospitalized for obstetric risk, *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), April, 635-643.

- Brazelton, T. B. (1987). O bebê: parceiro na interação. In T. B. Brazelton et al., *A dinâmica do bebê*. Porto Alegre, 9-23.
- Brazelton, T. B. (1992). *Tornar-se família. O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. B., Cramer, B. (1993). *A relação mais precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brennan, A., Ayers, S., Ahmed, H. & Marshall-Lucette, S. (2007a). A critical review of the Couvade syndrome: the pregnant male. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35 (3), August, p. 173-189.
- Brennan, A., Marshall-Lucette, S., Ayers, S., & Ahmed, H. (2007b). A qualitative exploration of the couvade syndrome in expectant fathers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25 (1), February, 18-39.
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: retrospect and prospect. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 3-35.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28 (5), 759-755.
- Bretherton, I., Bringen, Z., Ridgeway, D., Maslin, C., & Sherman, M (1989). Attachment: the parental perspective. *Infant Mental Health Journal*, 10, 203-221.
- Brisch, K. (2002). *Treating Attachment Disorders: from theory to therapy*. New York, London: The Guilford Press
- Britton, J. R., Britton, H. L., & Gronwaldt, V. (2006). Breastfeeding, sensitivity and attachment. *Pediatrics*, 118 (5) November, 1436-1443.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.
- Brouwers, E., Van-Baar, A., & Pop, V. (2001). Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development. *Infant Behavior and Development*, 24 (1), 95-106.
- Brown, M-A. (1994). Marital discord during pregnancy: a family systems approach. *Family Systems Medicine*, 12(3), 221-233.
- Bullinger, A., & Goubet, N. (1999). Le bébé prématuré, acteur de son développement. *Enfance*, 51 (1), 27-32. Presses Universitaires de France.
- Bydlowski, M. (2006). *La dette de vie: itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris: PUF.
- Caccia, N., Johnson, J. M., Robinson, G. E., & Barna, T. (1991). Impact of prenatal testing on maternal-fetal bonding: Chorionic villus sampling versus amniocentesis. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1122-1125.

- Camarneiro, A. P. & Justo, J. (2009). Vinculação materna e paterna pré-natal (relação entre a qualidade da vinculação e a intensidade da preocupação com o feto). In A. Maia, S. Silva & T. Pires (Orgs.), *Desafios da saúde e comportamento: actores, contextos e problemáticas*. Actas do 1º Congresso de Saúde e Comportamento dos Países de Língua Portuguesa. Braga: CIPSI edições, 493-503.
- Camarneiro, A. P. & Justo, J. (2009). Vinculação pré-natal – estudo com casais no segundo trimestre de gestação na região Centro do país. In S. N. Jesus, I. Leal & M. Rezende (Cords.), *Experiências e intervenções em Psicologia da Saúde*. Resumos e textos do I Congresso Luso-Brasileiro do Algarve. Faro: Universidade do Algarve, 608-619.
- Camarneiro, A. P. & Justo, J. (2010). A gravidez no espaço psíquico da mulher grávida: das atitudes à vinculação pré-natal. In *Actas do 8º Congresso Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Camarneiro, A. P. & Justo, J. (2010). Padrões de vinculação pré-natal. Contributos para a adaptação da Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale em casais durante o segundo trimestre de gestação na região Centro de Portugal. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 28, 7-22.
- Camarneiro, A. P. (2007). *Gravidez de risco e desenvolvimento do bebé*. Coimbra, Formasau.
- Camarneiro, A. P. (2007). Vinculação materna pré-natal e prematuridade: que relação? Comunicação In J. Justo (coord.). *Simpósio Investigação e Intervenção Psicológica na Gravidez Saudável e na Gravidez de Risco*. Congresso Família, Saúde e Doença. Universidade do Minho, Braga, 18 e 19 de Outubro.
- Camarneiro, A.P. (2008). O papel da vinculação pré-natal no desencadeamento prematuro do trabalho de parto: uma investigação em desenvolvimento. *Actas do 7º Congresso Psicologia da Saúde*, Porto, 23-26.
- Camus, J. L. (1997). Le père et le jeune enfant. Presentation. *Enfance*, 3, 325-336.
- Camus, J. L. (2002). *O verdadeiro papel do pai*. Porto: Âmbar.
- Canavarro, M. C. & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a parentalidade. In I. Leal, *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século, 225-256.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – B. S. I. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*. Vol. 2. Braga: APPORT/SHO: 95-108.
- Canavarro, M. C. (1999). *Relações afectivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto.

- Canavarro, M. C. (Coord.) (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto.
- Cannella, B. L. (2005). Maternal-fetal attachment: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing* 50(1), 60-68.
- Caplan, G. (1960). Psychological aspects of pregnancy. In H. I. Lief, W. F. Lief, & N. R. Lief (eds.). *The psychological basis of medical practice*, Harper & Row. Nova Iorque.
- Caplan, R. M. (1986). *Princípios de obstetrícia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Carter-Jessop, L. (1981). Promoting maternal attachment through prenatal intervention. *American Journal of Maternal/Child Nursing*, 6, 107-112.
- Cassidy, J. (1999). The nature of the child's ties. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (3-20). New York: The Guilford Press.
- Cazas, O. (2004). Les troubles psychiques au cours de la puerpéralité. *L'information Psychiatrique*, 80 (8), 627-633.
- Chen, X-K., Wen, S.W., Krewski, D., Fleming, N., Yang, Q., & Walker, M.C. (2008). Paternal age and adverse birth outcomes: teenager or 40+, who is at risk? *Human Reproduction*, 23(6), 1290-1296.
- Chung, E. K., McCollum, K. F., Elo, I. T., Lee, H. J., & Culhane, J. F. (2008). Maternal depressive symptoms and infant health practices among low-income women. *Pediatrics*, 113, e523-e529.
- Ciesielski, M. et al (1994). Personality types and emotional disturbances in women with a pathological course of pregnancy. *Wiad-Lek*, 47(1-2), Jan.-Feb., 25-30.
- Clerget, J. (1980). *Ser pai hoje*. Lisboa: Moraes Editores.
- Coco, M. (2006). Ahead of their time. *Time*, 163 (21), 59-60.
- Cohen, S., & Williamson, G. M. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The Social Psychology of Health*. Newbury Park, CA: Sage.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Cohn, D. A., Silver, D.H., Cowan, C.P., Cowan, P.A., & Pearson, J. (1992). Working models of childhood attachment and couple relationships. *Journal of Family Issues*, 13, 432-449.
- Colman, L., & Colman, A. (1973). *La grossesse: expérience psychologique*, 6^e ed., Paris: Robert Laffont, col. Réponses.

- Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez - a experiência psicológica*. Lisboa: Colibri.
- Colombo, D. (2002). Predicting spontaneous preterm birth. *British Medical Journal*, 325 (7359), 289-290.
- Colpin, H., De-Munter, A., Nys, K., & Vandemeulebroecke, L. (1998). Prenatal attachment in future of twins. *Early Development and Parenting*, 7, 223-227.
- Conde, A. & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na gravidez: factores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Psiquiatria Clínica*, 24 (3), 197-209.
- Conde, A. & Figueiredo, B. (2007). Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. *Análise Psicológica*, 3 (XXV), 381-398.
- Conde, A., Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2007). Percepção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8 (1), 49-66.
- Condon, J. T. (1985). The parental fetal relationship: A comparison of male and female expectant parents. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 4, 271-284.
- Condon, J. T. (1988). A comparison of smoking and drinking behaviours in pregnant women: who abstains and why. *The medical Journal of Australia*, 148, 381-384.
- Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183.
- Condon, J. T., & Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical psychology*, 70, 359-372.
- Condon, J. T., & Esuvaranathan, V. (1990). The influence of parity on the experience of pregnancy: a comparison of first-and second-time expectant couples. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 369-377.
- Condon, W.S. & Sander, L.W. (1974). Neonate movement is synchronized with adult speech: interactional participation and language acquisition. *Science*, 183, 99-101.
- Conner, G.K. & Denson, V. (1990). Expectant fathers' response to pregnancy: review of the literature and implications for research in high-risk pregnancy. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 4, 32-42.
- Cordeiro, J. Dias (1994). *A Saúde Mental e a Vida*. 3ª ed.. Lisboa: Salamandra.
- Cordeiro, O. & Sintra, T. (1998). Distúrbios mentais maternos do pós-parto: dar à luz e ... ficar às escuras. *Saúde Infantil*, 20 (1), 29-41.
- Cowan, C., & Cowan, P. (1995). Interventions to ease the transition to parenthood: why they are needed and what they can do. *Family Relations*, 44, 412-423.

- Cramer, B. (1992). Are postpartum depressions a mother-infant relationship disorder? *Mental Health Journal*, 14 (4), 283-297.
- Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30 (5), Sep-Oct, 281-284.
- Cranley, M. S. (1992). "A critical review of prenatal attachment research": response. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 6 (1), 23-26.
- Cruz, O. (2005) – *Parentalidade*. Quarteto Ed. Coimbra.
- Curran, M., Hazen, J., Jacobvitz, D., & Sasaki, T. (2006). How representations of parental marriage predict marital emotional attunement during the transition to parenthood. *Journal of family Psychology*, 20(3), 477- 484.
- Currid, T. (2004). Issues relating to puerperal psychosis and management. *Nursing Times*, 100 (17), 40-43.
- Curry, M. A. (1987). Maternal behavior of hospitalized pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 7, 165-181.
- Cutrona, C. (1982). Nonpsychotic postpartum depression: a review of recent research. *Clinical Psychology Review*, 2 (4), 487-503.
- Cyrulnik, B (1995). *Sob o signo do afecto*. Lisboa: Piaget.
- Damato, E. G. (2000). Maternal-fetal attachment in twin pregnancies. *Journal of Obstetric, Gynaecologic, and Neonatal Nursing*, 29 (6), 598-605.
- Davies, K., Wardle, J. (1994). Body image and dieting in pregnancy. *Journal of psychosomatic research*, 38(8), Nov., 787-799.
- Davis, M. S. & Akridge, K. M. (1987). The effect of promoting intrauterine attachment in primíparas on postdelivery attachment. *Journal of Obstetric, Gynaecologic, and Neonatal Nursing*, 16, 430-437.
- Dayan, J. et al. (2002). Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *American Journal of Epidemiology*, 155 (4), 293-301.
- Dayan, J., Creveuil, C., Marks, M. N., Conroy, S., Herlicoviez, M., Dreyfus, M., & Tordjman, S. (2006). Prenatal depression, prenatal anxiety and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosomatic Medicine*, 68, 938-946.
- De Wolf, M. S., & Ijzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: a meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, (4), August, 571-591.

- Delassus, J.M. (2001). *Le génie du fœtus: vie prénatale et origine de l'homme*. Paris: Dunod.
- Demyttenaere, K., Maes, A. et al. (1995). Coping style and preterm labor. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 16 (2), 109-115.
- Derogatis, L. (1982). *BSI: brief symptom inventory*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Deutsch, H. (1974). *La psychologie des femmes*. 6^a ed., Paris: PUF.
- Dew, P. C., Guillory, V.J., Okah, F.A., Cai, J., & Hoff, G.L. (2007). The effect of health compromising behaviors on preterm births. *Maternal and Child Health Journal*, 11: 227-233.
- Dickstein, S., Seifer, R., & Albus, K. E. (2009). Maternal adult attachment representations across relationship domains and infant outcomes: the importance of family and couple functioning. *Attachment & Human Development*, 11(1), 5-27.
- Diego et al. (2006). Maternal psychological distress, prenatal cortisol, and fetal weight. *Psychosomatic Medicine*, 68 (5), Sep-Oct, 747-753.
- DiPietro, J.A., Caufield, L.E., Costigan, K.A., Merialdi, M., Nguyen, R.H., & Zavaleta, N. (2004a). Fetal Neurobehavioral Development: A Tale of Two Cities. *Developmental Psychology*, 40 (3), 445–456.
- DiPietro, J.A., Ghera, M. M., Costigan, K., & Hawkins, M. (2004b). Measuring the ups and downs of pregnancy stress. *Journal of Psychosomatic, Obstetrics and Gynecology*, 25, 189-201.
- DiPietro, J.A., Hodgson, D.M., Costigan, K.A. Hilton, S.C., & Johnson, T.R.B. (1996). Fetal neurobehavioral development. *Child Development*, 67, 2553-2567.
- DiPietro, J.A., Novak, M.F.S.X., Costigan, K.A., Atella, L.D., & Reusing, S.P. (2006). Maternal psychological distress during pregnancy in relation to child development at age two. *Child Development*, 77 (3), May/Jun., 573-587.
- Direcção-Geral da Saúde (2006). *Centros de saúde e hospitais: recursos e produção do SNS: ano de 2005*. Lisboa: Direcção de Serviços de Informação e Análise. Divisão de Estatística.
- Doan, H. McK., & Zimmerman, A. (2003). Conceptualizing prenatal attachment: toward a multidimensional view. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 18(2), Winter, 109-129.

- Doherty, W. J., Erickson, M. & La Rossa, R (2006). An intervention to increase father involvement and skills with infants during the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 20 (3), 438–447.
- Doherty, W., Erickson, M. F., & LaRossa, R. (2006). An intervention to increase father involvement and skills with infants during the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 20(3), 438-447.
- Dole, N., Savitz, D. A., Siega-Riz, A. M., Picciotto, I. H., McMahon, M. J., & Buekens, P. (2004). Psychosocial factors and preterm birth among African American and white women in Central North Carolina. *American Journal of Public Health*, 94 (8), August, 1358-1365.
- Erikson, E. H. (1971). *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Erikson, E. H. (1972). *Adolescence et crise*. Paris: Flammarion.
- Escribà-Aguir, V., Perez-Hoyos, S., & Saurel-Cubizolles, M-J. (2001). Physical load and psychological demand at work during pregnancy and preterm birth. *International Archives Occupational Environmental Health*, 74, 583-588.
- Evens, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., & Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal*, 323, 257-260.
- Eyer, D. E. (1992). *Mother-infant bonding: a scientific fiction*. New Haven: Yale University Press.
- Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Women's Mental Health*, 10, 25-32.
- Feeney, J., & Noller, P. (1996). *Adult attachment*. London, New Delhi: SAGE Publications
- Ferketich, S., & Mercer, R. (1994). Predictors of paternal role competence by risk status. *Nursing Research*, 43, 80-85.
- Ferketich, S., & Mercer, R. (1995). Predictors of role competence for experienced and inexperienced fathers. *Nursing Research*, 44, 89-95.
- Ferketich, S., & Muller, M. (1990). Factor analysis revisited. *Nursing Research*, January/February, 39 (1), 59-62.
- Field, T., Diego, M, Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., Yando, R., & Bendell, D. (2003). Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: effects on the fetus and neonate. *Depression and Anxiety*, 17, 140-151.

- Field, T., Diego, M., Dieter, J., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., et al. (2004). Prenatal depression effects on the fetus and the newborn. *Infant Behavior and Development*, 27, 216-229.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Ascencio, A., Schanberg, S., & Kuhn, C. (2008). Prenatal dysthymia versus major depression effects on maternal cortisol and fetal growth. *Depression and Anxiety*, 25, E11-E16.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Deeds, O., Contogeorgos, J., & Ascencio, A. (2006). Prenatal paternal depression. *Infant Behavior & Development*, 29, 579-583.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Schanberg, S., & Kuhn, C. (2007). Sleep disturbances in depressed pregnant women and their newborns. *Infant Behavior and Development*, 30, 127-133.
- Figueiredo, B. & Costa, R. (2009). Mother's stress, mood and emotional involvement with the infant: 3 months before and 3 months after childbirth. *Archives Women's Mental Health*, 12, 143-155.
- Figueiredo, B. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento da maternidade. In I. Soares (Coord.), *Psicopatologia do desenvolvimento: trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto, 347-380.
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas do puerpério. In M. C. Canavarro (Coord.), *Psicologia da gravidez e da maternidade*. 1ªEd., Coimbra: Quarteto.
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (3), 521-539.
- Figueiredo, B. (2005). Psicopatologia da maternidade e da paternidade. *Revista População e Sociedade*, Ed. Afrontamento, 12, 83-102.
- Figueiredo, B., Costa, R., & Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, 2 (XX): 203-217.
- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2005). Mother-to-infant emotional involvement at birth. *Maternal Child Health Journal*, 13, 539-549.
- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2007). Mother-to-infant and father-to-infant initial emotional involvement. *Early Child Development and Care*, 5, 521-532.
- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., Conde, A., & Teixeira, C. (2007). Anxiété, depression et investissement émotionnel de l'enfant pendant la grossesse. *Devenir*, 19(3), 243-260.

- Figueiredo, B., Marques, A., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2005). Bonding: escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. *Psychologica*, 40, 133-154.
- Figueiredo, B., Pacheco, A. & Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 10, 103-109.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., & Magarinho, R. (2006). Qualidade das relações significativas da mulher na gravidez. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 3-25.
- Figueiredo, I., Leal, I., & Maroco, J. (2010). Escala de vinculação pré-natal. In I. Leal & J. Maroco. *Avaliação em sexualidade e parentalidade*, Porto: Livpsi, 225-242.
- Fish, M., & Stifter, C. A. (1993). Mother parity as a main and moderating influence on early mother-infant interaction. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 14, 557-572.
- Fleming, A. S., Rubble, D., Krieger, H., & Wong, P. Y. (1997). Hormonal and experiential correlates of maternal responsiveness during pregnancy and puerperium in human mothers. *Hormones and Behavior*, 31, 145-158.
- Fonagy, P. (2004). *Théorie de l'attachement et psychanalyse*. Paris: Érès.
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905.
- Fowles, E. (1996). Relationships among prenatal maternal attachment: presence of postnatal depressive symptoms, and maternal role attainment. *Journal of Society of Perinatal Nursing*. 1(2), Jul-Sept, 75-82.
- Freud, S. (1926). Inibição, sintomas e angústia. In *Obras Psicológicas Completas*, edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Fuller, J. R. (1990). Early patterns of maternal attachment. *Health Care for Women International*, 11, 433-446.
- Gaffney, K. F. (1986). Maternal-fetal attachment in relation to self-concept and anxiety. *Maternal Child Nurse Journal*, 15(2), Summer, 91-101.
- Gau, M. L., & Lee, T. Y. (2003). Construct validity of the prenatal attachment inventory: a confirmatory factor analysis approach. *Journal Nurse Research*, 11(3), Sep, 177-187.
- Gaugue-Finot, J.; Devouche E., Wendland, I., & Varescon, I. (2010). Repérage de la dépression prénatale dans un échantillon de femmes françaises: liens avec la détresse

- psychologique, l'anxiété et le soutien social perçu. *Neuropsychiatrie de L'Enfance et de l'Adolescence*, 58, 441-447.
- Genovese, C. (1991). Considérations métapsychologiques sur le modèle d'attachement de J. Bowlby. *Psychiatrie de L'enfant*, 34 (2), 359-379.
- George, C. & Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: the caregiving behavioral system. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical implications* (649-670). New York: The Guilford Press.
- George, C. Kaplan, N. & Main, M. (1985). *Attachment interview for adults* (Unpublished manuscript). University of California at Berkeley.
- Gerner, L. (2005). Exploring prenatal attachment: factors that facilitate paternal attachment during pregnancy. *PhD Dissertation*. California School of Professional Psychology. Fresno Campus.
- Giroux, R. A. L. (2002). *Prenatal maternal attachment: the lived experience*. Dissertation for the degree doctor of nursing science. Faculty of the Hahn School of Nursing and Health Science, University of San Diego.
- Glasser, R. (2008). *Method of delivery and maternal infant attachment*. Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering, 68 (9-B), 6359.
- Glover, V., Bergman, K., & O'Conner (2008). The effects of maternal stress, anxiety, and depression during pregnancy on the development of the child. In S. D. Stone & A. Menken (Eds.), *Perinatal and Postpartum Mood: Perspectives and treatment Guide for the Health Care Practitioner*. New York: Springer Publishing Company, 3-15.
- Golse, B. (2007). *O ser-bebé*. Lisboa: Climepsi.
- Gomella, T. L. (2006). *Neonatologia*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Gomez, R., & Leal, I. (2007). Vinculação parental durante a gravidez: versão portuguesa da forma materna e paterna da antenatal emotional attachment scale. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8(2), 153-165.
- Gomez, R., Leal, I. & Figueiredo, E. (2002). Síndrome de couvade: um estudo exploratório da ocorrência de sintomas em pais expectantes. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 4 (2), Jul./Dez.
- Gorman, L. L. et al. (2004). Adaptation of the structured clinical interview for DSM-IV disorders for assessing depression in women during pregnancy and post-partum across countries and cultures. *British Journal of Psychiatry*, 184 (suppl. 46), s17-s23.
- Goudoever, J. B. (2006). Treatment decisions at the threshold of viability. *European Clinics Obstetrics and Gynaecology*, 2, 82-85.

- Grabam, J. E., Christian, L. M., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2006). Stress, age, and immune function: toward a lifespan. *Approach Journal of Behavioral Medicine*, 29 (4), August, 389-400.
- Grace, J. T. (1989). Development of maternal-fetal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, Jul-Aug, 38 (4), 228-232.
- Greenberg, M., Cicchetti, D., & Cummings, E. (Eds.) (1990). *Attachment in the preschool years: theory, research, and intervention*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Grossmann, K., Grossmann, K., & Zimmerman, P. (1999). A wider view of attachment and exploration: stability and change during the years of immaturity. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical implications*. New York: The Guilford Press, 760-786.
- Guedeney, N. & Guedeney, A. (Coord.) (2006)- *L'attachement, concepts et applications*. 2^a Ed., Paris: Masson.
- Habib, C. & Lancaster S. (2006). The transition to fatherhood: identity and bonding in early pregnancy. *Fathering*, 4 (3), Fall, 235-253.
- Harlow, H. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13, 673-685.
- Harris B, Lovett L, Smith J, Read G, Walker R, & Newcombe R. (1996). Cardiff puerperal mood and hormone study. III. Postnatal depression at 5 to 6 weeks postpartum, and its hormonal correlates across the peripartum period. *British Journal of Psychiatry*, 168 (6), 739-744
- Hart, R., & McMahon, C. A. (2006). Mood state and psychological adjustment to pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 329-337
- Heidrich, S. M., & Cranley, M. S. (1989). Effect of fetal movement, ultrasound scans and amniocentesis on maternal-fetal attachment. *Nursing Research*, 38, 81-84.
- Helman, C. (1994). *Cultura, saúde e doença*. 2^a ed., Porto Alegre: Artes Médicas.
- Hepper, P.G. (1996). Fetal memory: does it exist? What does it do? *Acta Paediatrica, Supplement*, 416, 16-20.
- Higgins, R. O., Delivoria-Papadopoulou, M., & Raju, T. N. K. (2005). Resumo do workshop sobre o limite da viabilidade. *Pediatrics (ed. Port.)*, 13 (6), 315-321.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Sílabo.
- Hjelmstedt, A., Widstrom, A., & Collins, A. (2006). Psychological correlates of prenatal attachment in women who conceived after in vitro fertilization and women who conceived naturally. *Birth*, 33 (4) December, 303-310.

- Hobel, C. J. (2004). Stress and preterm birth. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47 (4), 856-880.
- Hogan, V. K., & Ferré, C. D. (2001). The social context of pregnancy for African American women: implications for the study and prevention of adverse perinatal outcomes. *Maternal and Child Health Journal*, 5 (2), 67-69.
- Hogan, V. K., Njoroge, T., Durant, T. M. & Ferré, C. D. (2001). Eliminating disparities in perinatal outcomes-lessons learned. *Maternal and Child Health Journal*, 5 (2), 135-140.
- Hollier, L. M. (2005). Preventing preterm birth: what works, what doesn't. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 60, 124-131.
- Holmes, J. (1993). *John Bowlby & attachment theory*. New York: Routledge.
- Honjo, S., Arai, S., Kaneko, H., Ujiie, T., Murase, S., Sechiyama, H., et al (2003). Antenatal depression and maternal-fetal attachment. *Psychopathology*, 36(6), Nov-Dec, 304-311.
- Horowitz, L. M. (2004). Attachment and the Stress of Separation. In *Interpersonal Foundations of Psychopathology*. Washington DC, US: American Psychological Association, (original chapter), 53-79.
- Houts, R.M., Barnett-Walker, K.C, Paley, B., & Cox, M.J. (2008). Patterns of couple interaction during the transition to parenthood. *Personal Relationships*, 15 (1), 103-122.
- Houzel D. (1999). *Les enjeux de la parentalité*. Paris: Editions Erès.
- Houzel D. (2003). Influence des facteurs familiaux sur la santé mentale des enfants et des adolescents. *La Psychiatrie de L'enfant*, 46(2), 395-434.
- Huang, H-C., Wang, S-Y., & Chen, C-H. (2004). Body image, maternal-fetal attachment, and choice of infant feeding method: a study in Taiwan. *Birth*, 31(3) September, 183-188.
- Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., & Newman, T. B. (2008). *Delineando a pesquisa clínica*. 3^a ed. S. Paulo: Artmed.
- Huth-Bocks, A. C., Theran, S. A., Levendosky, A. A., & Bogat, G.A. (2011). A social-contextual understanding of concordance and discordance between maternal prenatal representations of the infant and infant-mother attachment. *Infant Mental Health Journal*, 32(4), 405-426.

- Iatrakis, G. M., Sakellaropoulos, G. G., Kourkoubas, A. H., & Kabounia, S. E. (1988). Vomiting and náusea in the first 12 weeks of pregnancy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 49(1), 22-24.
- ICD - 10 (2006). Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. *World Health Organization (WHO)*.
- INE (2008). Estatísticas demográficas. Ano 2007. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE (2010). Estatísticas demográficas. Ano 2009. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Isabella, R. A. & Belsky, J. (1985). Marital change during the transition to parenthood and security of infant-parent attachment. *Journal of Family*, 6 (4), 505-522.
- Isabella, R. A. (1993). Origins of attachment: maternal interactive behavior across the first year. *Child Development*, 64, 605-621
- Isabella, R. A., Belsky, J., & Eye, A. (1989). Origins of infant-mother attachment: an examination of interactional synchrony during the infant's first year. *Developmental Psychology*, 25 (1), 12-21.
- James, B. (1991). *Treating traumatized children: New insights and creative interventions*. New York: Free Press.
- Jenkins-Manning, S., Flenady, V., Dodd, J., Cincotta, R., & Crowther, C. (2006). Care of women at risk of Preterm birth: A survey of reported practice in Australia and New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 46, 546-548.
- Johnson, M.P. & Baker, S.R. (2004). Implications of coping repertoire as predictors of men's stress, anxiety and depression following pregnancy, childbirth and miscarriage: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25, 87-98.
- Johnston, M., Wright, S., & Weinman, J. (1995). Measures in Health Psychology: A user's Portfolio. *Stress, Emotion and Life Events*. UK: Nfer-Nelson.
- Jolley, S. N. & Spach, T. (2008). Stress System Dysregulation in Perinatal mood disorders. In S. D. Stone, & A. Menken (Eds.). *Perinatal and postpartum mood: perspectives and treatment guide for the health care practitioner*. New York: Springer Publishing Company, 133-151.
- Justo, J. (1990). Gravidez e mecanismos de defesa: Um estudo introdutório. *Análise Psicológica*, 8 (2), 371-376.
- Justo, J. (1994). Evolução da ansiedade e dos mecanismos de defesa ao longo da gravidez. Tese de doutoramento. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

- Justo, J. (1997). Os bebês prematuros, as mães deles e os psicólogos de quem eles precisam. *Psicologia, Teoria, Investigação e prática*, 2, 307-332.
- Justo, J. (2002). The psychological interpretation of clinical pathology in pregnancy: a continuity hypothesis. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 4(1), Jan/Jun, 109-130.
- Justo, J. (2005). Trabalho de Parto, parto e nascimento: a influência dos factores psicológicos. *Arquivos de Psiquiatria*, 2 (1/2), 17-143.
- Justo, J., Bacelar-Nicolau, H., & Dias, O. (1999). Evolução psicológica ao longo da gravidez e puerpério: um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1 (1), Jan./Jun., 115-129.
- Kao, B-C, Gau, M-L, Wu, S-F, Kuo, B-J, & Lee, T-Y (2004). A comparative study of expectant parents' childbirth expectations. *Journal of Nursing Research*, 12 (3), 191-201.
- Kao, C-H & Long, A. (2004). First-time Taiwanese expectant fathers' life experiences during the third trimester of pregnancy. *Journal of Nursing Research*, 12 (1), 60-70.
- Kaplan, H., Sadock, B & Grebb, J. (1997). *Compêndio de Psiquiatria*. 7ª Ed., Brasil: Artmed.
- Katz-Rothman, B. (1993). *The tentative pregnancy: How amniocentesis changes the experience of motherhood* (2ª ed.). New York: W. W. Norton & Company.
- Katz-Wise, S. L., Priess, H. A., & Hyde J. S. (2010). Gender-role attitudes and behavior across the transition to parenthood. *Developmental Psychology*, 46(1), 18-28.
- Keay, A. J., Morgan, D. M. (1977). *El Recién-nacido*. Barcelona: Ed. Torai.
- Kemp, V. H., & Page, C.K. (1987). Maternal prenatal attachment in normal and high-risk pregnancies. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 16, 178-184.
- Kisilevski, A., & Lecanuet, J-P. (1999). Les connaissances sur l'enfant prématuré bénéficient-elles des recherches sur le fœtus? *Enfance*, 51 (1), 13-25. Presses Universitaires de France.
- Klaus, M. H., *et al*, (1975). Human maternal behaviour at first contact with her young. *Pediatrics*, 46, 187-192.
- Klaus, M., & Fanarof, A. (1995). *Alto Risco em Neonatologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Klauss, M. & Kennell, J. (1976). *Maternal-infant bonding*. Saint Louis: The C. V. Mosby Company.
- Klein, H. (1991). Couvade syndrome: male counterpart to pregnancy. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 21 (1), 57-69.

- Kleinveeld, J. H., Timmermans, D. R. M., Van Den Berg, M., Van Eijk, J. M., & Ten Kate, L. P. (2007). Does offering and performing prenatal screening influence women's attachment to their unborn child? A longitudinal randomized controlled trial. *Prenatal Diagnosis*, 27 (8), 757-764.
- Kramer, M.S. (1987). Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bulletin of World Health Organization*, 65, 663-737.
- Kumar, R (1994). Postnatal mental illness: a transcultural perspective. *Social Psychiatry Epidemiology*, 29, 250-264.
- Kumar, R. & Robson, K. M. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144, 35-47.
- Kumar, R., Robson, K.M., & Smith, M. (1984). Development of a self-administered questionnaire to measure maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and after delivery. *Journal of Psychosomatic Research*, 28 (1), 43-51.
- Kunkel, G. F., & Doan, H. McK. (2003). Fetal Attachment and Depression: Measurement Matters. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 18(2), Winter, 149-166.
- Lacan, J. (1978). *A Família*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Lafuente, M. J. (2008). La escala EVAP (Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal). Un estudio piloto, *Index de Enfermaria*, 17 (2), 133-137.
- Lamb, M. E. & Tamis-Lemonda, C. S. (2004). The Role of the Father: An Introduction. In M. E. Lamb (Eds.). *The Role of the Father in Child Development*, 4^a Ed., USA: Wiley.
- Lamb, M. E. (1992). O papel do pai em mudança. *Análise Psicológica*, 1 (X), 19-34.
- Lamb, M. E. (1997). L'influence du père sur le développement de l'enfant. *Enfance*, 3, 337-350.
- Landry, S. *et al* (1986). Effects of maternal attention-directing strategies on preterm's responses to toys. *Infant Behavior and Development*, 9, 257-269.
- Langer, M. (1986). *Maternidade e sexo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lapaire, O., Alder, J., Peukert, R., Holzgreve, W., & Tercanli, S. (2001). Two- versus three-dimensional ultrasound in the second and third trimester of pregnancy: impact on recognition and maternal-fetal bonding. A prospective pilot study. *Archives of Gynecology and Obstetric*, 276, 475-179.
- Larsson, C., Sydsjö, G., & Josefsson, A. (2004). Health, sociodemographic data, and pregnancy outcome in women with antepartum depressive symptoms. *Obstetrics & Gynecology*, 104, (3), September, 459-466.

- Lauriola, M., Panno, A., Riccardi, C., & Tagliatela, D. (2010). La mistura dell'attaccamento materno prenatale: un confronto psicometrico di tre strumenti di valutazione. *Infanzia e Adolescenza*, 9(3), Sep.-Dec., 135-150.
- Lawson, K. L., & Turriff-Jonasson, S. I. (2006). Maternal serum screening and psychosocial attachment to pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 371 – 378.
- Laxton-Kane, M., & Slade, P. (2002). The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20 (4), 253-266.
- Leal, I. (1992). Investigação em psicologia da saúde: algumas considerações. *Análise Psicológica*, 2(X), Abr.-Jun, 249-251.
- Leal, I. (1992). Psicologia da maternidade: alguns aspectos da teoria e prática de intervenção. *Análise Psicológica*, 2 (X), 229 - 234.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Lebovici, S. (1987). *O bebé, a mãe e o psicanalista*. Portalegre: Artes Médicas.
- Lebovici, S. (1998). *L'arbre de vie – éléments de la psychopathologie du bébé*. Ed. Érès. Ramonville Saint-Agne.
- Lebrun, F. (s.d.). *A vida conjugal no antigo regime*. Lisboa: Rolim.
- Lee, A.M., Chong, C.S.Y., Chiu, H.W., Lam, S.K., & Fong, D.Y.T. (2007). Prevalence, course and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics and Gynecology*, 110, 1102-1112.
- Lee, C-Y. L. & Doherty, W. (2007). Marital satisfaction and father involvement during the transition to parenthood. *Fathering*, 5(2), 75-96.
- Leifer, M. (1977). Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genetic Psychology Monographs*, 95, 55-96.
- Lequien, P. (1999). Survie et qualité de survie des grands prématurés. *Enfance*, 1, 93-95. Presses Universitaires de France.
- Lerum, C. W., & LoBiondo-Wood, G. (1989). The relationships of maternal age, quickening, and physical symptoms of pregnancy to the development of maternal-fetal attachment. *Birth*, 16, 13-17.
- Lester et al. (1985). The rhythmic structure of mother-infant interaction in term and preterm infants. *Child Development*, 56, 95-121.
- Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing and Health*, 24, 203-217.

- Lippi, U.G., Andrade, A.S., Bertagnon, J. R., & Melo, E. (1989). Factores obstétricos associados ao baixo peso ao nascer. *Revista de Saúde Pública*, 23 (5), 382-387.
- Liu, S., et al (2007). An analysis of antenatal hospitalization in Canada, 1991-2003. *Maternal and Child Health Journal*, 11, 181-187.
- LoBiondo-Wood, G., & Vito-O'Rourke, K. (1990). The prenatal maternal attachment scale: a methodological study. *NAACOG's Research Conference*, 1990, Denver, CO.
- Lorensen, M., Wilson, M. E., & White, M. A. (2004). Norwegian families: transition to parenthood. *Health Care for Women International*, 25, 334-348.
- Lovibond, F. H., & Lovibond, P. F. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.
- Lovibond, F. H., & Lovibond, P. F. (2004). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd. Ed.). Sydney: Psychological Foundation Monograph (original, 1995).
- Lugina, H.I., Christensson, K., Massawe, S., Nyström, L., & Lindmark, G. (2001). Change in Maternal concerns during the 6 weeks postpartum period: a study of primiparous mothers in Dar es Salaam, Tanzania, *Journal of Midwifery Women's Health*, 46 (4), 248-257.
- Lugt-Tappeser, H.; Wiese, B. (1994). Prospective study of maternal behavior in the neonatal period: a pilot study. *Prax-Kinderpsychol-Kinderpsychiatr*, Nov; 43(9), 322-330.
- Luke, B., & Brown, M.B. (2007). Elevated risks of pregnancy complications and adverse outcomes with increasing maternal age. *Human Reproduction*, 22 (5), 1264-1272.
- MacFarlane, A. (1992). *A psicologia do nascimento*. Lisboa: Salamandra.
- MacFarlane, J.A., Smith, D.M., & Garrow, D. H. (1978). The relationships between mother and neonate. In S. Kitzinger & J.A. Davis (Eds.), *The place of the birth*. New York: Oxford University Press.
- Macones, G. A. (2002). Invited commentary: is preterm labor a valid endpoint in perinatal research? *American Journal of Epidemiology*, 155 (4), 302-303.
- Madigan, S., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Moram, G., Pederson, D. R., & Benoit, D. (2006). Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: a review and meta-analyses of a transmission gap. *Attachment and Human Development*, 8, 89-111.
- Magnussen, B. & Lapane, K. (2009). Fathers' pregnancy intentions. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 41 (2), Jun: 132.

- Main, M. & Goldwyn, R. (1984). Interview-based adult attachment classifications related to infant-mother and infant-father attachment. *Developmental Psychology*, 20, 217-234.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representations. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs for the Society in Child Development*, 50 (1-2, Serial n° 209), 66-104.
- Maldonado, M. T. (1991) - *Psicologia da gravidez*. 12ª ed., Petrópolis: Vozes.
- Malpique, C. (1998). *A Ausência do Pai*. 3ª ed., Porto: Ed. Afrontamento.
- Mancia, M. (1990). O sonho como religião da mente. *Psicologia Clínica*, 3/4, 9-20.
- Marcus, S.M. (2009). Depression during pregnancy: rates, risks and consequences. *Canadian Journal Clinical Pharmacology*, 16 (1), Winter, 15-22.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. 3ªed. Lisboa: Sílabo.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego: un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Martinet, S (2008). As depressões psiquiátricas do pós-parto. In F. Bayle & S. Martinet, *Perturbações da Parentalidade*. Lisboa: Climepsi, 199-207.
- Martinet, S (2008). Perturbações psiquiátricas da gravidez, In F. Bayle & S. Martinet. *Perturbações da Parentalidade*. Lisboa: Climepsi, 181-197.
- Masoni, S., Maio, A., Trimarchi, G., Punzio C., & Fioretti P. (1994). The couvade syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 15, 125-131.
- Masters, W. & Johnson, V. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown and company.
- Matthey, S, Barnett, B., Ungerer, J. & Waters, B (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 60 (2), 75-85.
- Matthey, S. et al. (2004). Routine psychosocial assessment of women in the antenatal period: frequency of risk factors and implications for clinical services. *Archives of Women's Mental Health*, 7, 223-229.
- May, K. A. (1982). Three phases of father involvement in pregnancy. *Nursing Research*, 31, 337-342.
- Mazet, Ph., Stoleru, S. (1990) - *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- McKenzie-McHarg, K. N., Cockburn, J. & Cox, J. (2007). Antenatal and postnatal depression. In J. Cockburn & M. E. Pawson (Eds.), *Psychological Challenges in Obstetrics and Gynecology*. London: Springer, 141-156.

- McLean, M., Walters, W. A. W., & Smith, R. (1993). Prediction and early diagnosis of preterm labor: a critical review. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 48, (4), 209-225.
- Mellier, D. (1999). La prématurité: l'ouverture de problématiques nouvelles. *Enfance*, 51, (1), 2-11, Presses Universitaires de France.
- Mendes, I. (2002). *Ligação materno-fetal*. Coimbra: Quarteto
- Mendes, I. (2009). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Mendes, M. L. (1991). *Curso de obstetrícia* (1ª ed.). Coimbra: Centro cultural da maternidade dos Hospitais da Universidade de Coimbra.
- Mercer, R. T. (1993). Response by the author. *Western Journal of Nursing Research*, 15 (2), 214-215.
- Mercer, R. T., Ferketich, S. L., May, K., DeJoseph, J., & Sollid, D. (1988). Further exploration of maternal and paternal fetal attachment. *Research in Nursing and Health*, April, 11(2), 83-95.
- Messer, L. C., Dole, N., Kaufman, J. S., & Savitz, D. A. (2005). Pregnancy intendedness, maternal psychosocial factors and preterm birth. *Maternal and Child Health Journal*, 9 (4), December, 403-412.
- Mikhail, M. S., Freda, M. C., Merkaatz, R. B., Polizzotto, R., Mazloom, E., & Merkatz, I. R. (1991). The effect of fetal movement counting on maternal attachment to fetus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Oct, 165 (4Pt 1), 988-991.
- Mikulincer, M. & Florian, V. (1999). Maternal-fetal bonding, coping strategies and mental health during pregnancy – the contribution of attachment style. *Journal of social and clinical Psychology*, 18, 255-276.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: the dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27 (2), June, 77-102.
- Miljkovitch, R. (2001) - *L'attachement au cours de la vie*. Paris: Le Fil Rouge, PUF.
- Minnis, H., Marwic, H., Arthur, J., & Mclaughlin, A. (2006). Reactive attachment disorder - a theoretical model beyond attachment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15 (6), 336-342.
- Misri, S. & Joe, K. (2008). Perinatal mood disorders. In S. D. Stone & A. Menken (Eds.). *Perinatal and postpartum mood: perspectives and treatment guide for the health care practitioner*. New York: Springer Publishing Company, 64-83.

- Miura, E. (1991). *Neonatologia, princípios e práticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Molitor, A. & Hsu, H-C. (2007). Prenatal Development and Infancy. In *21st Century psychology: a reference handbook*. Sage Publications.
- Montagner, H. (1993). *A vinculação, a aurora da ternura*. Lisboa: Instituto Piaget, colecção Epigénese e desenvolvimento.
- Montagner, H. (2004). Une nouvelle lecture des processus d'attachement et du "fonctionnement" de L'Enfant. Em linha em www.SciTechMed.info.
- Moore, G. A., Cohn, J. F., & Campbell, S. B. (1997). Mothers' affective behavior with infant siblings: stability and change. *Developmental Psychology*, 33, 856-860.
- Moore, M. L. (2002). Preterm birth: a continuing challenge. *The Journal of Perinatal Education*, 11 (4), 37- 40.
- Morgan, M. A., Goldenberg, R. L., & Schulkin, J. (2007). Obstetrician-gynecologists' knowledge of preterm birth frequency and risk factors. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, December, 20 (12), 895-901.
- Morris, N., Copstick, S., & Taylor, K. (1986). Contemporary attitudes to care in labour. In M. J. Christie & P. G. Mellett, Eds. *The psychosomatic approach: contemporary practice of whole-person care*. G.B.: John Wiley & Sons, Lda.
- Moulder, C. (1994). Towards a preliminary framework for understanding pregnancy loss. *Journal of Reproductive Infant Psychology*, 12 (1), 65-67.
- Moura-Ramos, M. & Canavarro, M.C. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: comparação da reactividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*, 3 (XXV), 399-413.
- Moyer, A., Brown, B., Gates, E., Daniels, M., Brown, H. D., & Kuppermann, M. (1999). Decisions about prenatal testing for chromosomal disorders: perceptions of a diverse group of pregnant women. *Journal of Women's Health and Gender Based Medicine*, 8, 521-531.
- Muller, M. E. & Ferketich S. (1992). Assessing the validity of the dimensions of prenatal attachment. *Maternal Child Nurse Journal*, Spring, 20 (1), 1-10.
- Muller, M. E. & Ferketich S. (1993). Factor analysis of the maternal fetal attachment scale. *Nursing Research*, 42 (3), May.Jun, 144-147.
- Muller, M. E. (1992). A critical review of prenatal attachment research. *Scholar Inq Nurs Pract.* Spring, 6 (1), 5-22; discussion 23-26.

- Muller, M. E. (1993). Development of the prenatal attachment inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15 (2), 199-215.
- Muller, M. E. (1996a). Author response to prenatal attachment. *JOGNN*, Vol.25, nº6, Jul-Aug. Letters, 464.
- Muller, M. E. (1996b). Prenatal and postnatal attachment: a modest correlation. *JOGNN*, 25 (2), 161-166.
- Murray, L. & Trevarthen, C. (1985). Emotional regulation of interaction between two-months-olds and their mothers. In T. M. Field & N. A. Fox (Eds.). *Social Perception in Infants*. Norwood, N.J.: Ablex.
- Muylder, X. (1989). Psychological factors and preterm labour. *Journal of Reproductive Infant Psychology*, 7, 55-57.
- Muylder, X. (1990). Étiologie du travail prématuré: Quel est le rôle des facteurs psychologiques?, *Journal of Gynecology and Obstetric Biology Reproductive*, 19 (1), Paris.
- Muylder, X. D., Wesel, S., Dramaix, M., & Candeur, M. (1992). A woman`s attitude toward pregnancy: can it predispose her to preterm labor? *The Journal of Reproductive Medicine*, 37 (4), April, 339-342.
- Narciso, I. & Costa, M. E. (1996). Amores satisfeitos mas não perfeitos. *Separata dos Cadernos de Consulta Psicológica*. 12, FPCEUP.
- Narciso, I. & Ribeiro, M.T. (2009). *Olhares sobre a Conjugalidade*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Neggers, Y., Goldenberg, R., Cliver, S., & Hauth, J. (2006). The relationship between psychosocial profile, health practices and pregnancy outcomes. *Acta de Obstetrícia e Ginecologia*, 85, 277-285.
- Nichols, F. H., & Zwelling, E. (1997). *Maternal-newborn nursing: theory and practice*. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1302-1306.
- Norman, J., & Greer, I. (Ed.) (2005). *Preterm labour: managing risk in clinical practice*. Cambridge University Press.
- O'Connor, T., Heron, J., Golding, J., Beveridge, M., & Glover, V. (2002). Maternal antenatal anxiety and children`s behavioural/emotional problems at 4 years. *British Journal of Psychiatry*, 180, 502-508.
- O'Hara, M. W. & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression: a metanalysis. *International Review of Psychiatry*, 8 (1), 37-54.

- O'Hara, M. W. (1997). The nature of postpartum depressive disorders. In L. Murray & P. J. Cooper (Eds.), *Postpartum depression and child development* (3-31). New York: Guilford.
- O'Hara, M. W. (2009). Postpartum depression: what we know. *Journal of Clinical Psychology*, 65 (12), 1258-1269.
- O'Hara, M. W., Rehm, L. P., & Campbell, S. B. (1983). Postpartum depression: a role for social network and life stress variables. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 171, 336-341.
- O'Leary, J. (2004). Grief and its impact on prenatal attachment in the subsequent pregnancy. *Archives of Women's Mental Health* 7, 7-18.
- Ohman, S.G., Grunewald, C., & Waldenström, U. (2003). Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge worry scale on 200 Swedish women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17 (2), 148-152.
- Oleszczuch, J. J., Keith, L. G., & Oleszczuch, A. K. (2005). The paradox of old maternal age in multiple pregnancies. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 3(1), 69-80.
- Orr, S. T., James, S. A., & Prince, C. B. (2002). Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm births among african-american women in Baltimore, Maryland. *American Journal of Epidemiology*, 156 (9), 797-802.
- Orr, S.T. & Miller, C. A. (1995). Maternal depressive symptoms and the risk of poor pregnancy outcome. Review of the literature and preliminary findings, *Epidemiologic Reviews*, 17, 65-171.
- Paarlberg, K. et al. (1995). Psychosocial factors and pregnancy outcome: a review with emphasis on methodological issues. *Journal of Psychosomatic Research*, 39 (5), 563-595.
- Pacheco, A. P., Costa, R. A., & Figueiredo, B. (2003). Estilo de vinculação, qualidade da relação com figuras significativas e da aliança terapêutica e sintomatologia psicopatológica: estudo exploratório com mães adolescentes. *Revista Internacional de Psicologia Clínica, y de la Salud*, 3 (1), 35-59.
- Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R., & Pais, A. (2005). Antecipação da experiência de parto: mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7 (1), 7-41.
- Page, M. & Wilhelm, M. S. (2007). Postpartum daily stress, relationship quality, and depressive symptoms. *Contemporary Family Therapy*, 29 (4), 237-251.

- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Eds.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora/Livpsic.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de depressão, ansiedade e stress de Lovibond & Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246.
- Pararas, M. V., Skevaki, C. L., & Kafetzis, D. A. (2006). Preterm birth due to maternal infection: causative pathogens and modes of prevention. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 25, 562-569.
- Parke, R. D. (1996). *Fatherhood*. Cambridge: Harvard University Press.
- Patel, V. & Prince, M. (2006). Maternal psychological morbidity and low birth weight in India. *British Journal of Psychiatry*, 188, 284-285.
- Paul, M. C. (1992). Factores de risco associados ao nascimento prematuro. *Psicologia*, VIII, 393-402.
- Pearce, H., & Ayers, S. (2005). The expected child versus the actual child: implications for the mother-baby bond. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23, 89-102.
- Peixoto, F. A. (2005). Tabagismo e Stress: estudo sobre professoras portuguesas. *Dissertação de Mestrado*. FPCEUL. Lisboa. (Policopiado).
- Peixoto, J., Branco, M., Freitas, A., & Dias, C. (2004). Viabilidade. In *Consensos Nacionais em Neonatologia*. Coimbra: Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 11-16.
- Pereira, M.G., Santos, A.C., Ramalho, V. (1999). Adaptação à gravidez: um estudo biopsicossocial. *Análise Psicológica*, 17 (3), Set., 583-590.
- Perry, D. F., Ettinger, A.K., Mendelson, T., & Le, N-H. (2011). Prenatal depression predicts postpartum maternal attachment in low-income Latina mothers with infants. *Infant Behavior & Development*, 34(2), 339-350.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (1998). *Análise de Dados para Ciências Sociais: a Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Phipps, S., & Zinn, A. (1986). Psychological response to amniocentesis: I. Effects of coping style. *American Journal of Medical Genetics*, 25, 131-148.
- Piaget, J. (1974) - *Adaptation vitale et psychologie de l'intelligence*. Paris: Hermann.
- Piccinini, C. A., et al (2004). O Envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (4), 303-314.

- Piccinini, C.A., Gomes, A.G., Moreira, L.E., & Lopes, R.S. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, vol. 20(3), Set./Dez., 223-232.
- Pierrehumbert, B. (2003). *Le premier lien, théorie de l'attachement*. Paris: Odile Jacob.
- Pinto, A. M. (2000). Burnout profissional em professores portugueses. Representações sociais, incidências e preditores. *Dissertação de Doutoramento em Psicologia*, FPCEUL. (Policopiado).
- Piontelli, A. (1995) - *De feto a criança: um estudo observacional e psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago.
- Podbilewicz-Schuller, Y. (1997). Women's personal and marital adjustment during the transition to parenthood: Personality, contextual, and demographic correlates. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57 (10-B), 6588.
- Purdy, I. B. (2004). Vulnerable: a concept analysis. *Nursing Forum*, 39 (4), Oct-Dec, 25-33.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Raphael-Leff, J. (2009). *Psychological Processes of Childbearing* (4ªEd.). Great Britain: The Anna Freud Centre.
- Rato, P. I. (1998). Ansiedade perinatal em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. *Análise psicológica*, XVI, 3 (Julho-Setembro), 405-413.
- Reading, A. E., Cox, D. N., Sledmere, C. M., & Campbell, S. (1984). Psychological changes over the course of pregnancy: a study of attitudes toward the fetus/neonate. *Health Psychology*, 3, 211-221.
- Redshaw, M. & Akker, O. Van Den (2007). Maternal mental health and wellbeing. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25 (4), Nov., 253-254.
- Relatório de Consenso sobre Diabetes e Gravidez (1996). *Revista de Endocrinologia, metabolismo e Nutrição*, 5 (1), 63-109.
- Relvas, A. P. & Lourenço, M. C. (2001). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade. Perspectiva sistémica. In M. C. Canavarro (Coord.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*, Coimbra: Quarteto, 105-132.
- Rezeberga, D., Lazdane, G., & Donders, G. G. (2007). The impact of social factors on attendance at antenatal care services and the subsequent effect on mothers' health, measured during the years of economic transition in Latvia. *European Clinics Obstetric Gynaecology*, 3, 47-51.

- Richardson P. (1994). Body experience differences of women with pregnancy-induced hypertension. *Maternal Child Nursing Journal*, 22(4), Oct.-Dec., 121-133.
- Righetti, P. L., Dell'Avanzo, M., Grigio, M., & Nicolini, U. (2005). Maternal/paternal antenatal attachment and fourth-dimensional ultrasound technique: A preliminary report. *British Journal of Psychology*, 129-137.
- Roberts, G., Bellinger, D., & Cormick, M. (2007). A cumulative risk factor model for early identification of academic difficulties in premature and low birth weight infants. *Maternal and Child Health Journal*, 11, 161-172.
- Robinson, M., Baker, L., & Nackerud, L. (1999). The relationship of attachment theory and perinatal loss. *Death Studies*. 23 (3), April, 257-270. Taylor & Francis, USA.
- Robson, K.S. & Moss, H. (1970). Patterns and determinants of maternal attachment. *Journal of Pediatrics*, 77, 976-985.
- Rochebrochard, E. & Thonneau, P. (2002). Paternal age and maternal age are risk factors for miscarriage; results of a multicentre European study. *Human Reproduction*, 17 (6), 1649-1656.
- Rochebrochard, E., McElreavey, K., & Thonneau, P. (2003). Paternal age over 40 years: the “amber light” in the reproductive life of men?. *Journal of Andrology*, 24 (4), July/August, 459-465.
- Rodrigues, T. & Barros, H. (2007). Comparison of risk factors for small-for-gestational-age and preterm in a Portuguese cohort of newborns. *Maternal and Child Health Journal*, 11, 417-424.
- Rodríguez, A. R., Pérez-López, J., & Nuez, A. G. B. (2004). La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las madres e padres tempranos. Un estudio preliminar. *Anales de Psicología*, 20 (1), Junio, 95-102.
- Rofé, Y., Blittner, M., & Lewin, I. (1993). Emotional experiences during the three trimesters of pregnancy. *Journal of Clinical Psychology*, 49 (1), 3-12.
- Rosenblatt, D. (1997). Premature babies. In A. Baum, Mewman S. et al.. *Handbook of Psychology, Health and Medicine* (Eds.). Cambridge: Cambridge University Press, 565-568.
- Ross, L. E., Evans, S. E. G., Sellers, E. M., & Romach, M. K. (2003). Measurement issues in postpartum depression – part 1: Anxiety as a feature of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 51-57.
- Rossi, J-P. (2000). *Os métodos de investigação em psicologia*. Lisboa: Piaget.

- Rowley, D. L. (2001). Closing the gap, opening the process: why study social contributors to preterm delivery among black women. *Maternal and Child Health Journal*, 5 (2), 71-74.
- Rubin, R. (1975). Maternal tasks in pregnancy. *Maternal-Child Nursing Journal*, 4, 143-153.
- Rubin, R. (1984). *Maternal identity and the maternal experience*. New York: Springer Publishing Co.
- Ruiz, R. J., Fullerton, J., Brown, C. E. L., & Dudley, D. J. (2002). Predicting Risk of Preterm Birth: The Roles of Stress, Clinical Risk Factors, and Corticotropin-Releasing Hormone. *Biological Research of Nursing*, 4 (1), July, 54-64.
- Ruiz, R. J., Fullerton, J., Garcia-Atwater, M., & Dolbier, C. (2006). Development of a Culturally Sensitive Stress Instrument for Pregnant Hispanic Women. *Hispanic Health Care International*, 4 (1), 27-35.
- Rustico, M. A., Mastromatteo, C., Grigio, M., Maggioni, C., Gregori, D., & Nicolini, U. (2005). Two-dimensional vs. two-plus four-dimensional ultrasound in pregnancy and the effect on maternal emotional status: a randomized study. *Ultrasound Obstetric and Gynecology*, 25 (5), 468-72.
- Sá, E. (1996). Relatório de Consenso sobre Diabetes e Gravidez. *Revista de Endocrinologia, metabolismo e Nutrição*, 5 (1), 63-109.
- Sá, E. (1997). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim de Século.
- Saastad, E., Israel, P., Ahlborg, T., Gunnes, N., & Froen, F. (2011). Fetal movement counting – effects on maternal-fetal attachment: a multicenter randomized controlled trial. *Birth*, 38(4).
- Sachs-Nerson, C. (1992). Grossesse et fantasmes. *La santé de l'homme*, 299 (Mai-Juin), 27-28, Paris.
- Salisbury, A., Law, K., LaGasse, L., & Lester, B. (2003) Maternal-fetal attachment. *Journal of American Medical Association*, 2 (April), 289 (13), 1701.
- Salvatierra, Vicente (1989). *Psicobiología del embarazo y sus trastornos*. Barcelona: ed. Martinez Roca.
- Samorinha, C., Figueiredo, B., & Cruz, J. M. (2009). Vinculação pré-natal e ansiedade em mães e pais: impacto da ecografia do primeiro trimestre de gestação. *Psicologia, saúde e doenças*, 10 (1), 17-29.
- Scharfe, E. (2007). Cause or consequence?: exploring causal links between attachment and depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26 (9), 1048-1064.

- Schore, J. R., & Schore, A. N. (2007). Modern attachment theory: the central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*. Springer Science Business Media. LLC.
- Schwerdtfeger, K, L., & Goff, B. S. N. (2007). Intergenerational transmission of trauma: exploring mother-infant prenatal attachment. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (1), February, 39-51.
- Seabra, M. J. (1993). Variáveis psicológicas associadas à prematuridade. *Psychologica*, 10, 61-68.
- Seimyr, L., Sjogren, B., Welles-Nystrom, B., & Nissen, E. (2009). Antenatal maternal depressive mood and parental-fetal attachment at the end of pregnancy. *Arquives Women Mental Health*, 12, 269-279.
- Sharma, V. & Mazmanian, D. (2003). Sleep loss and postpartum psychosis. *Bipolar Disorders*, 5, 98-105.
- Shin, H., Park, Y-J., & Kim. M. J. (2006). Predictors of maternal sensitivity during the early postpartum period. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (4), 425-434.
- Shub, A., Swain, J. R., & Newnham, J. P. (2006). Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 19 (9), 521-528.
- Siddiqui, A., & Hagglof, B. (2000). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? *Early Human Development*, 59 (1), Jul, 13-25.
- Siddiqui, A., Eisemann, M., & Hagglof, B. (2000a). The Stability of Maternal Interpretation of Infant's Facial Expressions During Pre and Postnatal Period and Its Relation to Prenatal Attachment. *Early Child Development and Care*, 162, 41-51.
- Siddiqui, A., Hagglof, B., & Eisemann M. (1999). An exploration of prenatal attachment in Swedish expectant mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17 (4), 369-380.
- Siddiqui, A., Hagglof, B., & Eisemann, M. (2000b). Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18 (1), 67-74.
- SIGN - Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2002). Postnatal depression and puerperal psychosis. *A national clinical guideline*. Edinburg: SIGN Executive, 1-12.
- Silva, A.I. & Figueiredo, B. (2005). Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clínica*, 25 (3), 253-264.

- Simpson, J. & Rholes, W. (Eds.) (1998). *Attachment theory and close relationships*. The Guilford Press: New York; London.
- Singh, U. & Saxena, M.S. (1991). Anxiety during pregnancy and after child birth. *Psychological Studies*, 36(2), 108-111.
- Sjogren, B., Robeus, N., & Hansson, U. (1994). Gestational diabetes: a case-control study of women`s experience of pregnancy, health and the child. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(8), Nov., 815-822.
- Smith, G. C. S., Shah, I., Pell, J. P., Crossley, J. A., & Dobbie, R. (2007). Maternal obesity in early pregnancy and risk of spontaneous and elective preterm deliveries: a retrospective cohort study. *American Journal of Public Health*, 97 (1), 157-162.
- Smith, R. (2007). Parturition. *The New England Journal of Medicine*. Boston: Jan 18, 356 (3), 271-284.
- Soares, I. (1996) – *Representações da vinculação na idade adulta e na adolescência*. Instituto de Educação e Psicologia. Braga: Universidade do Minho.
- Soares, I. (2000). Introdução à psicopatologia do desenvolvimento: questões teóricas e de investigação. In I. Soares (Coord.). *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in)Adaptativas ao longo da Vida*. Coimbra: Quarteto, 11-42.
- Soares, I. (2007) – Desenvolvimento da teoria e da investigação da vinculação. In I. Soares (Coord.) *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação*. Braga: Psiquilibrios.
- Soifer, Raquel (1991) - *Psicologia da gravidez, parto e puerpério* (5ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Soussan, P. B. (2003). *Le baby blues n´existe pas*. Paris: Érès.
- Sowden, M., Sage, N., & Cockburn, J. (2007). Coping and adjustment in pregnancy: giving babies a better start. In J. Cockburn & M. E. Pawson (Eds.), *Psychological challenges in obstetrics and gynecology: the clinical management*. London: Springer, 91-106.
- Speckhard, A. (1997). Traumatic death in pregnancy: The significance of meaning and attachment. In Figley, C. R., Bride, B. E., & Mazza, N. (Eds.), *Death and trauma: The traumatology of grieving* (67-100). Washington: Taylor & Francis.
- Spirito, A. et al (1992). Mood state of women with diabetes during pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 10(1), Jan-Mar., 29-38.
- Spirito, A. et al. (1991). Stress, coping, and social support as mediators of the emotional status of women with gestational diabetes. *Psychology and Health*, 5(2), Mar., 111-120.

- Spitz, R. (1988) - *O primeiro ano de vida* (5ª ed.). S. Paulo: Martins Fontes.
- Stainton, M. C. (1994). The epistemology of expectant parenthood: commentary. *Western Journal of Nursing Research*, 16, 616-618.
- Steele, H., Steele, M., & Fonagy, P. (1996). Associations among attachment classifications of mothers, fathers, and their infants. *Child Development*, 67, 541-555.
- Stern, D.N. & Bruschweiler-Stern, N. (2005). *Nascimento de uma Mãe*. Porto: Ambar.
- Stern, D.N. (1992). *Bebé-mãe, a primeira relação humana*. Lisboa: Salamandra.
- Stern, D.N. (1995). *The motherhood constellation*. New York: Harper Collins.
- Streiner, D.L. & Norman, G.R. (1989). *Health measurement scales – a practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Svejda, M. J., Campos, J. J., & Emde, R. N. (1980). Mother-infant “bonding”: failure to generalize. *Child Development*, 51, 775-779.
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th Ed.). USA: Pearson International Edition.
- Teichmann, A. T., & Breull (1989). Ein neues Konzept psychosomatischer forschung am beispiel der vorzeitigen wehentätigkeit. *Zsch. Psychosom. Med.* 35, 256-276.
- Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., & Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders*, 119, 142-148.
- The Lancet (2006). Preterm birth: crisis and opportunity. *Editorial*, 368 (29), July, 339.
- Thessier, N., Daylan, J. & Baranger, E. (1998). Intérêt d’une prise en charge précoce des délires puerpéraux. *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 27 (7), 223-231.
- Thompson, J., & Ashwill, J. (1996). O recém-nascido de alto risco. In *Uma introdução à enfermagem Pediátrica*. 6ª Ed. Arte Médicas: Porto Alegre.
- Ticconi, C., Piccione, E., Belmonte, A., & Rao, C. V. (2006). HCG - A new kid on the block in prematurity prevention. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 19 (11), 687-692.
- Tough, S. C., Faber, A. J., Svenson, L. W., & Johnston, D. W. (2003). Is Paternal Age Associated with an Increased Risk of Low Birthweight, Preterm Delivery and Multiple Birth? *Revue Canadienne de Santé Publique*, 94, March – April, 88-92.
- Tronick, E. Z., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton. T. B. (1978). The infant’s response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of Child Psychiatry*, 17, 1-13.

- Tsartsara, E., & Johnson, M. (2006). The impact of miscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feelings of prenatal maternal-fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: An exploratory follow-up study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(3), Sept., 173-182.
- Tulman, L. J. (1986). Initial handling of newborn infants by vaginally and cesarean-delivered mothers. *Nursing Research*, 35, 296-300.
- Turriff-Jonasson, S. (2004). *Use of Prenatal Testing, Emotional Attachment to the Fetus and Fetal Health Locus of Control*. Thesis. University of Saskatchewan: Saskatoon.
- van den Bergh, B. & Simons, A. (2009). A review of scales to measure the mothers-foetus relationships. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27 (2), 114-126.
- Van den Bergh, B.; Mulder, E.; Mennes, M., & Glover, V. (2005). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29, 237-258.
- van Dijken, S., Veer, R., van IJzendoorn, M. & Kuipers, H. (1998). Bowlby before Bowlby: The sources of an intellectual departure in psychoanalysis and psychology. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 34, 247-269.
- van IJzendoorn, M.H. (1992). Intergenerational transmission of parenting: a review of studies in non-clinical populations. *Developmental Review*, 12, 76-99.
- Vaz Serra, A. (1988). Um estudo sobre coping: o inventário de resolução de problemas. *Psiquiatria Clínica*, 9 (4), 301-316.
- Vedova, A. M. D., Dabrassi, F., & Imbasciati, A. (2008). Assessing prenatal attachment in a sample of Italian women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26 (2), May, 86-98.
- Verny, T. R. (1996). Prenatal Attachment. *JOGNN*, 25(6), Jul.-Aug. Letters, 464.
- Vinatier, D. et al. (1995). Physiopathologie de la pré-éclampsie: place de l'immunologie. *Journal of Gynecology, Obstetric and Biology Reproduction*, 24, 387-399.
- Wadhwa, P. D., Culhane, J. N., Rauh, V., & Barve, S. S. (2001). Stress and preterm birth: neuroendocrine, immune/inflammatory; and vascular mechanisms. *Maternal and Child Health Journal*, 5 (2), 119-125.
- Walley, L., & Wong, D. L. (1999). *Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva*. 5ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Walsh, J. (2010). Definitions matter: if maternal-fetal relationships are not attachment, what are they?. *Archives Women's Mental Health*, 13 (5), Oct, 449-451.

- Waters, E. & Cummings, M. (2000). A secure base from which to explore close relationships. *Child Development*, 71, 164-172.
- Weaver, R. H., & Cranley, M. S. (1983). An exploration of paternal-fetal attachment behavior. *Nursing Research*, 32, 68-72.
- White, M. A., Wilson, M. E., Ellander, G., & Persson, B. (1999). The Swedish family: transition to parenthood. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 13, 171-176.
- White, O., McCorry, N. K., Scott-Heyes, G., Dempster, M., & Manderson, J. (2008). Maternal appraisals of risk, coping and prenatal attachment among women hospitalised with pregnancy complications. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26 (2) May, 74-85.
- Williams, T. M., Joy, L. A., Travis, L., Gotowiec, A., Blum-Steele, M., Aiken, L. S., Painter, S. L., & Davidson, S. M. (1987). Transition to motherhood: a longitudinal study. *Infant Mental Health Journal*, 8, 251-265.
- Wilson, M. E., White, M. A., Cobb, B., Curry, R., Greene, D., & Popovich, D. (2000). Family dynamics, parental-fetal attachment and infant temperament. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (1), 204-210.
- Winnicott, D. W. (1956). Preocupação materna primária. In D. W. Winnicott (1993). *Da pediatria à psicanálise*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Winnicott, D. W. (1993). *Da pediatria à psicanálise* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves.
- Wysznski, A. A. (2005). *Manual of Psychiatric Care for the Medically III*. Washington DC: American Psychiatric Pub., 134-136.
- Xavier, M. R., & Paúl, M. C. (1996). Construção e validação de uma escala de atitudes sobre a gravidez e a maternidade. In L.S. Almeida, C. Machado & M.R. Simões (Eds.). *Avaliação psicológica: formas e contextos*, vol. IV. Braga: APPORT, Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Yarcheski, A., Mahon, N.E., Yarcheski, T.J., Hanks, M.M., & Cannella, B. (2009). A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies*, 46(5), 708-715.
- Zachariah, R. (1994). Maternal-fetal attachment: influence of mother-daughter and husband-wife relationships. *Research Nursing Health*, 17(1), 37-44.
- Zazzo, R. (1974). Uma nova teoria sobre a origem da afetividade. *A Vinculação*. Lisboa: Socicultur.

Zimmermann, T. C., Bertagni, P., Siani, R., & Micciolo, R. (1994) - Marital relationships and somatic and psychological symptoms in pregnancy. *Social Science and Medicine*, Feb, 38(4), 559-564.

APÊNDICES

APÊNDICE 1
MATERIAL CONSTRUÍDO

A1-1. Questionário sócio-demográfico e clínico - QSDC

A1-1.1. QSDC, versão feminina

QUESTIONÁRIO

Exm.^a Sr.^a:

O questionário que se segue destina-se a estudar os sentimentos e atitudes da mãe durante a gravidez, bem como as suas reacções mais características neste período da vida.

Não há respostas certas ou erradas, em todos os casos deve responder aquilo que considerar adequado a si.

Todas as respostas são estritamente confidenciais e destinam-se apenas ao efeito definido para o estudo: investigação no âmbito de Doutoramento em Psicologia Clínica, realizado na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Agradeço a sua colaboração

(Ana Paula Camarneiro)

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

QUESTIONÁRIO (F)

Nome: _____ (basta colocar o 1º nome)

Data de nascimento ___/___/___ Idade _____ anos Estado civil _____

Residência (localidade e concelho): _____ telefone _____

Instituição de Saúde actual: _____

Nacionalidade _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Estatuto Laboral : Efectiva ; Contrato de trabalho ; Trabalho temporário

Fontes de rendimento: Salário mensal ; Salário quinzenal ou diário ; Subsídios ou pensões ;

Honorários de profissão liberal ; Rendimentos pessoais/familiares ;

Como é a sua habitação?

Apartamento

Moradia

Casa antiga

Outra qual? _____

Quem mora consigo na mesma casa?

Parentesco (laço familiar)	Idade

As condições de habitabilidade são:

Boas Razoáveis Más

Tem água canalizada? Sim Não E esgotos? Sim Não

GRAVIDEZ ACTUAL:

Tempo de gravidez hoje: _____ semanas; Data provável do parto: _____

Local onde vai ocorrer o parto? _____

Teve dificuldade em engravidar? Não Sim

Se sim, consultou algum especialista sobre o assunto? Sim Não

Quanto tempo demorou até engravidar?

< 6 meses 6 meses a 1 ano 1 a 2 anos > 2 anos

Qual foi o aumento de peso que já teve nesta a gravidez _____ Kg

Tem alguma(s) doença(s) associada(s) a esta gravidez? Qual(ais)? _____

Fuma durante a gravidez? Não Sim Se sim quantos cigarros/dia? _____

Consome bebidas alcoólicas durante a gravidez?

Regularmente Ocasionalmente Nunca

Planeou esta gravidez? Sim Não

Se não, Aceitou-a facilmente ; Aceitou-a dificilmente ; Ainda não a aceitou

E o seu marido/companheiro?

Aceitou a gravidez facilmente Aceitou-a dificilmente Ainda não a aceitou

Haverá uma ou mais razões que façam com que, **para si**, esta gravidez não tenha vindo em boa altura?

Não Sim Se sim, as razões são:

Problemas de saúde ; Financeiros ; Conjugais ; Profissionais ; Com outros filhos ; Com os pais ; Com falta de espaço ; Interferência com outros projectos ; Outros

HISTÓRIA GINECOLÓGICA:

Com que idade teve a primeira menstruação? ____anos

N.º de dias entre as menstruações: _____

Durante a menstruação sente: Conforto ; Indiferença ; Incómodo, sem dor ; Dor

Teve casamento (s) ou coabitação anterior à actual? Não Sim ; Se sim, daí resultou alguma gravidez? Não Sim Se sim, quantas? ____ Interrompidas ____ Completas ____

HISTÓRIA OBSTÉTRICA:

Nº total de gravidezes anteriores a esta _____

Teve Interrupções de gravidez? Não Sim Se sim, quantas? _____

Essas interrupções da gravidez foram:

Interrupção Voluntária quantas? __ Sua idade _____; semanas gestação _____

Interrupção Médica quantas? __ Sua idade _____; semanas gestação _____

Interrupção Espontânea quantas? __ Sua idade _____; semanas gestação _____

Nº de nascimentos _____ Sua idade em cada nascimento _____

Semanas gestação com que cada bebé nasceu _____

Nº de filhos _____

Teve doenças nas gravidezes anteriores? Não Sim Se sim, quais? _____

E Internamentos? Não Sim Se sim, qual o motivo _____

Nº de gravidezes com o actual marido/companheiro: _____

Outros dados relevantes nas gravidezes anteriores: _____

Problemas de saúde relevantes antes desta gravidez: _____

MARIDO/COMPANHEIRO:

Nome: _____ Idade ____ anos

QUESTIONÁRIO

Exm.º Sr.:

O questionário que se segue destina-se a estudar os sentimentos e atitudes do pai durante a gravidez, bem como as suas reacções mais características neste período da vida.

Não há respostas certas ou erradas, em todos os casos deve responder aquilo que considerar adequado a si mesmo.

Todas as respostas são estritamente confidenciais e destinam-se apenas ao efeito definido para o estudo: investigação no âmbito de Doutoramento em Psicologia Clínica, realizado na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Agradeço a sua colaboração

(Ana Paula Camarneiro)

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

QUESTIONÁRIO (M)

Nome: _____ (basta colocar o 1º nome) Idade _____ anos

Estado civil _____ Nacionalidade _____

Residência: _____ (basta colocar a localidade) telefone _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Estatuto Laboral : Efectivo ; Contrato de trabalho ; Trabalho temporário

Fontes de rendimento: Salário mensal ; Salário quinzenal ou diário ; Subsídios ou pensões ;

Honorários de profissão liberal ; Rendimentos pessoais/familiares ;

Como é a sua habitação?

Quem mora consigo na mesma casa?

- Apartamento
- Moradia
- Casa antiga
- Outra qual? _____

Parentesco (laço familiar)	Idade

As suas condições de habitabilidade são:

Boas Razoáveis Más

GRAVIDEZ ACTUAL:

Planeou esta gravidez? Sim Não

Se não, Aceitou-a facilmente Aceitou-a dificilmente Ainda não a aceitou

Haverá uma ou mais razões que façam com que, **para si**, esta gravidez não tenha vindo em boa altura? Não Sim

Se sim, as razões são:

Problemas de saúde ; Financeiros ; Conjugais ; Profissionais ;

Com outros filhos ; Com os pais ; Com falta de espaço ;

Interferência com outros projectos ; Outros

HISTÓRIA DA PATERNIDADE

Teve casamentos/coabitação anteriores à actual? Não Sim

Se sim, quantos? _____ Houve gravidezes? Não Sim

Se sim, quantas? _____ Foram: Interrompidas Completas

Que idade tinha? _____ Quantas semanas ou meses durou/duraram a(s) gravidez(es)? _____ Quantos bebés nasceram? _____

COMPANHEIRA/ESPOSA:

Nome: _____ Idade _____ anos

A1-2. Escala de Vinculação Pré-Natal Materna e Paterna (Camarneiro & Justo, 2007, 2010 adaptação da Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale – MPAAS)

A1-2.1. Escala de Vinculação Pré-Natal Materna (EVPNM)

EVPNM (Condon, 1993; adaptação para português de Dr.^a Ana Camarneiro, ESEnfC e de Professor Doutor João Justo, FPCE-UL; 2007)

Estas questões são sobre os seus pensamentos e sentimentos acerca do bebé em desenvolvimento. Por favor, assinale apenas uma resposta para cada questão.

- 1) Nas duas últimas semanas, tenho pensado no bebé que tenho dentro de mim ou tenho-me sentido preocupada com ele:
 - quase sempre
 - com muita frequência
 - frequentemente
 - ocasionalmente
 - nem por isso

- 2) Nas duas últimas semanas, ao falar ou ao pensar no bebé que tenho dentro de mim, tive sentimentos e emoções que foram:
 - muito fracos ou inexistentes
 - bastante fracos
 - entre fortes e fracos
 - bastante fortes
 - muito fortes

- 3) Nas duas últimas semanas, os meus sentimentos para com o bebé que tenho dentro de mim têm sido:
 - muito positivos
 - sobretudo positivos
 - uma mistura de positivos e de negativos
 - sobretudo negativos
 - muito negativos

- 4) Nas duas últimas semanas, tenho sentido o desejo de ler ou obter informação acerca do bebé em desenvolvimento. Este desejo é:
 - muito fraco ou inexistente
 - bastante fraco
 - nem forte nem fraco
 - moderadamente forte
 - muito forte

- 5) Nas duas últimas semanas, tenho tentado imaginar qual será a aparência real do bebê em desenvolvimento no meu útero:
- quase sempre
 - com muita frequência
 - frequentemente
 - ocasionalmente
 - nem por isso
- 6) Nas duas últimas semanas, eu penso no bebê em desenvolvimento, principalmente como:
- uma verdadeira pessoa pequenina com características especiais
 - um bebê como qualquer outro bebê
 - um ser humano
 - uma coisa viva
 - uma coisa ainda não completamente viva
- 7) Nas duas últimas semanas, senti que o bebê que está dentro do meu útero, depende de mim para o seu bem estar:
- totalmente
 - em grande parte
 - moderadamente
 - ligeiramente
 - nem por isso
- 8) Nas duas últimas semanas, dei por mim a falar para o meu bebê quando estou sozinha:
- nem por isso
 - de vez em quando
 - frequentemente
 - com muita frequência
 - quase sempre quando estou sozinha
- 9) Nas duas últimas semanas, quando penso no bebê que tenho dentro de mim ou falo para ele, os meus pensamentos:
- são sempre ternos e carinhosos
 - são principalmente ternos e carinhosos
 - são uma mistura de ternura e irritação
 - contêm uma certa dose de irritação
 - contêm muita irritação
- 10) A imagem que eu tenho da aparência do bebê dentro do meu útero, neste momento é:
- muito clara
 - bastante clara
 - bastante vaga
 - muito vaga
 - não faço a mínima ideia

- 11) Nas duas últimas semanas, quando penso no bebé que trago no meu ventre, os meus sentimentos são:
- muito tristes
 - moderadamente tristes
 - uma mistura de felicidade e tristeza
 - moderadamente felizes
 - muito felizes
- 12) Algumas mulheres grávidas, às vezes, ficam tão irritadas com o bebé que trazem no seu ventre que sentem como se tivessem vontade de magoá-lo ou castigá-lo:
- eu não consigo imaginar que alguma vez pudesse sentir-me assim
 - eu posso imaginar que por vezes poderia sentir-me assim, mas na verdade eu nunca senti isso
 - eu própria me senti assim uma ou duas vezes
 - eu própria me senti assim ocasionalmente
 - eu própria me senti assim muitas vezes
- 13) Nas duas últimas semanas, tenho-me sentido:
- emocionalmente muito distante do meu bebé
 - emocionalmente um pouco distante do meu bebé
 - emocionalmente não muito próxima do meu bebé
 - emocionalmente bastante próxima do meu bebé
 - emocionalmente muito próxima do meu bebé
- 14) Nas duas últimas semanas, tive cuidado com aquilo que comi para me certificar que o bebé recebe uma boa dieta:
- de forma alguma
 - uma ou duas vezes quando comia
 - ocasionalmente quando comia
 - bastante frequentemente quando comia
 - sempre que comia
- 15) Quando vir o meu bebé pela primeira vez depois de nascer, espero sentir:
- um afecto intenso
 - principalmente afecto
 - desagrado perante um ou dois aspectos do bebé
 - desagrado acerca de vários aspectos do bebé
 - sobretudo desagrado
- 16) Quando o meu bebé nascer, eu gostaria de pegar nele:
- imediatamente
 - depois de ter sido embrulhado numa manta
 - depois de ter sido lavado
 - umas horas mais tarde para as coisas acalmarem
 - no dia seguinte

17) Nas duas últimas semanas, tenho sonhado com a gravidez ou com o bebê:

- nem por isso
- ocasionalmente
- frequentemente
- muito frequentemente
- quase todas as noites

18) Nas duas últimas semanas, dei por mim a sentir ou a acariciar com a mão a minha barriga no sítio onde o bebé se encontra:

- muitas vezes ao dia
- pelo menos uma vez por dia
- ocasionalmente
- apenas uma vez
- nem por isso

19) Se a gravidez se perdesse neste momento (espontaneamente ou devido a qualquer acidente) sem disso resultar dor ou lesão para mim, penso que iria sentir-me:

- muito satisfeita
- moderadamente satisfeita
- neutra (nem triste nem satisfeita, ou mistura de sentimentos)
- moderadamente triste
- muito triste

A1-2.2. Escala de Vinculação Pré-Natal Paterna (EVPNP)

EVPNP (Condon, 1993; adaptação para português de Dr.^a Ana Camarneiro, ESEnfC e de Professor Doutor João Justo, FPCE-UL; 2007)

Estas questões são sobre os seus pensamentos e sentimentos acerca do bebé em desenvolvimento. Por favor, assinale apenas uma resposta para cada questão.

- 1) Nas duas últimas semanas, tenho pensado no bebé em desenvolvimento ou tenho-me sentido preocupado com ele:
 - quase sempre
 - com muita frequência
 - frequentemente
 - ocasionalmente
 - nem por isso

- 2) Nas duas últimas semanas, ao falar ou ao pensar no bebé em desenvolvimento, tive sentimentos e emoções que foram:
 - muito fracos ou inexistentes
 - bastante fracos
 - entre fortes e fracos
 - bastante fortes
 - muito fortes

- 3) Nas duas últimas semanas, os meus sentimentos para com o bebé em desenvolvimento, têm sido:
 - muito positivos
 - sobretudo positivos
 - uma mistura de positivos e de negativos
 - sobretudo negativos
 - muito negativos

- 4) Nas duas últimas semanas, tenho sentido o desejo de ler ou obter informação acerca do bebé em desenvolvimento. Este desejo é:
 - muito fraco ou inexistente
 - bastante fraco
 - nem forte nem fraco
 - moderadamente forte
 - muito forte

- 5) Nas duas últimas semanas, tenho tentado imaginar qual será a aparência real do bebé em desenvolvimento no útero da minha mulher:
 - quase sempre
 - com muita frequência
 - frequentemente
 - ocasionalmente
 - nem por isso

- 6) Nas duas últimas semanas, eu penso no bebê em desenvolvimento, principalmente como:
- uma verdadeira pessoa pequenina com características especiais
 - um bebê como qualquer outro bebê
 - um ser humano
 - uma coisa viva
 - uma coisa ainda não completamente viva
- 7) Nas duas últimas semanas, quando penso no bebê em desenvolvimento, os meus pensamentos:
- são sempre ternos e carinhosos
 - são principalmente ternos e carinhosos
 - são uma mistura de ternura e irritação
 - contêm uma certa dose de irritação
 - contêm muita irritação
- 8) Nas duas últimas semanas, as minhas ideias acerca dos nomes possíveis para o bebê têm sido:
- muito claras
 - bastante claras
 - bastante vagas
 - muito vagas
 - não faço ideia
- 9) Nas duas últimas semanas, quando penso no bebê em desenvolvimento, os meus sentimentos são:
- muito tristes
 - moderadamente tristes
 - uma mistura de felicidade e tristeza
 - moderadamente felizes
 - muito felizes
- 10) Nas duas últimas semanas, tenho pensado em que tipo de criança o bebê se vai tornar:
- nem por isso
 - ocasionalmente
 - frequentemente
 - com muita frequência
 - quase sempre
- 11) Nas duas últimas semanas, tenho-me sentido:
- emocionalmente muito distante do bebê
 - emocionalmente um pouco distante do bebê
 - emocionalmente não muito próximo do bebê
 - emocionalmente bastante próximo do bebê
 - emocionalmente muito próximo do bebê

12) Quando vir o bebé pela primeira vez depois de nascer, espero sentir:

- um afecto intenso
- principalmente afecto
- afecto, mas pode haver alguns aspectos do bebé que me vão desagradar
- que uns quantos aspectos do bebé me desagradem
- sobretudo desagrado

13) Quando o bebé nascer, eu gostaria de pegar nele:

- imediatamente
- depois de ter sido embrulhado numa manta
- depois de ter sido lavado
- umas horas mais tarde para as coisas acalmarem
- no dia seguinte

14) Nas duas últimas semanas, tenho sonhado com a gravidez ou com o bebé:

- nem por isso
- ocasionalmente
- frequentemente
- muito frequentemente
- quase todas as noites

15) Nas duas últimas semanas, dei por mim a sentir ou a acariciar com a minha mão a barriga da minha mulher no sítio onde o bebé se encontra:

- muitas vezes ao dia
- pelo menos uma vez por dia
- ocasionalmente
- apenas uma vez
- nem por isso

16) Se a gravidez se perdesse neste momento (espontaneamente ou devido a qualquer acidente) sem disso resultar dor ou lesão para a minha mulher, penso que iria sentir-me:

- muito satisfeito
- moderadamente satisfeito
- neutro (nem triste nem satisfeito, ou mistura de sentimentos)
- moderadamente triste
- muito triste

A1-3. Questionário de Saúde Obstétrica e Resultado do Parto – QSORP

Questionário n.º _____ Processo clínico: _____

Nome mãe _____ Nome do pai _____

DPP _____ Data do Parto _____ Semanas de gestação _____

Local do parto _____

Trabalho de parto: Induzido Espontâneo

Tipo de Parto: eutócico forceps ventosa cesariana

Quem assistiu ao parto? _____

Desenvolveu alguma doença depois das 25 semanas de gravidez? _____

Bebé

Nome: _____ Peso _____ APGAR _____

Ficou junto da mãe após o parto? Sim Não

Se não, durante quanto tempo ficou separado da mãe? _____ Qual foi o motivo? _____

Estado de saúde do bebé: Normal Com problemas quais? _____

Observações:

A1-4. Escala de Vinculação Pós-Natal Materna e Paterna - EVPósNMP (adaptação da Escala de Vinculação Pré-Natal Materna e Paterna, ao período pós-natal, de Camarneiro & Justo, 2007, 2010).

A1-4.1. Escala de Vinculação Pós-Natal Materna - EVPósNM

EVPósNM (adaptação ao período pós-natal da EVPNM de Dr.^a Ana Camarneiro, ESEnfC e de Professor Doutor João Justo, FPCE-UL, 2007)

Estas questões são sobre os seus pensamentos e sentimentos acerca do bebé em desenvolvimento. Por favor, assinale apenas uma resposta para cada questão.

- 1) Nas duas últimas semanas, tenho pensado no meu bebé ou tenho-me sentido preocupada com ele:
 - quase sempre
 - com muita frequência
 - frequentemente
 - ocasionalmente
 - nem por isso

- 2) Nas duas últimas semanas, ao falar ou ao pensar no meu bebé tive sentimentos e emoções que foram:
 - muito fracos ou inexistentes
 - bastante fracos
 - entre fortes e fracos
 - bastante fortes
 - muito fortes

- 3) Nas duas últimas semanas, os meus sentimentos para com o meu bebé têm sido:
 - muito positivos
 - sobretudo positivos
 - uma mistura de positivos e de negativos
 - sobretudo negativos
 - muito negativos

- 4) Nas duas últimas semanas, tenho sentido o desejo de ler ou obter informação acerca do meu bebé. Este desejo é:
 - muito fraco ou inexistente
 - bastante fraco
 - nem forte nem fraco
 - moderadamente forte
 - muito forte

- 5) Nas duas últimas semanas, quando não estou com o meu bebé tento imaginá-lo:
- quase sempre
 - com muita frequência
 - frequentemente
 - ocasionalmente
 - nem por isso
- 6) Nas duas últimas semanas, eu penso no meu bebé, principalmente como:
- uma verdadeira pessoa pequenina com características especiais
 - um bebé como qualquer outro bebé
 - um ser humano
 - uma coisa viva
 - uma coisa como outra qualquer
- 7) Nas duas últimas semanas, senti que o meu bebé depende de mim para o seu bem estar:
- totalmente
 - em grande parte
 - moderadamente
 - ligeiramente
 - nem por isso
- 8) Nas duas últimas semanas, quando estava sozinha dava por mim a falar para o meu bebé como se ele estivesse comigo:
- nem por isso
 - de vez em quando
 - frequentemente
 - com muita frequência
 - quase sempre
- 9) Nas duas últimas semanas, quando penso no meu bebé ou falo para ele, os meus pensamentos:
- são sempre ternos e carinhosos
 - são principalmente ternos e carinhosos
 - são uma mistura de ternura e irritação
 - contêm uma certa dose de irritação
 - contêm muita irritação
- 10) A imagem que eu tenho do meu bebé, quando não estou com ele, é:
- muito clara
 - bastante clara
 - bastante vaga
 - muito vaga
 - não faço a mínima ideia

- 11) Nas duas últimas semanas, quando penso no meu bebé, os meus sentimentos são:
- muito tristes
 - moderadamente tristes
 - uma mistura de felicidade e tristeza
 - moderadamente felizes
 - muito felizes
- 12) Algumas mulheres, às vezes, ficam tão irritadas com o bebé que sentem como se tivessem vontade de castigá-lo ou magoá-lo:
- eu não consigo imaginar que alguma vez pudesse sentir-me assim
 - eu posso imaginar que por vezes poderia sentir-me assim, mas na verdade eu nunca senti isso
 - eu própria me senti assim uma ou duas vezes
 - eu própria me senti assim ocasionalmente
 - eu própria me senti assim muitas vezes
- 13) Nas duas últimas semanas, tenho-me sentido:
- emocionalmente muito distante do meu bebé
 - emocionalmente um pouco distante do meu bebé
 - emocionalmente não muito próxima do meu bebé
 - emocionalmente bastante próxima do meu bebé
 - emocionalmente muito próxima do meu bebé
- 14) Nas duas últimas semanas, tenho-me preocupado com a alimentação do meu bebé:
- de forma alguma
 - uma ou duas vezes
 - ocasionalmente
 - frequentemente
 - sempre
- 15) Quando vi o meu bebé pela primeira vez depois de nascer, senti:
- um afecto intenso
 - principalmente afecto
 - desagrado perante um ou dois aspectos do bebé
 - desagrado acerca de vários aspectos do bebé
 - sobretudo desagrado
- 16) Quando o meu bebé nasceu, eu tive imensa vontade de pegar nele:
- imediatamente
 - só depois de ter sido embrulhado numa manta
 - só depois de ter sido lavado
 - umas horas mais tarde para as coisas acalmarem
 - apenas no dia seguinte

17) Nas duas últimas semanas, tenho sonhado com o meu bebé:

- nem por isso
- ocasionalmente
- frequentemente
- muito frequentemente
- quase todas as noites

18) Nas duas últimas semanas, dei por mim a acariciar o meu bebé:

- muitas vezes ao dia
- pelo menos uma vez por dia
- ocasionalmente
- apenas uma vez
- nem por isso

19) Se neste momento o meu bebé ficasse gravemente doente penso que iria sentir-me:

- muito satisfeita
- moderadamente satisfeita
- neutra (nem triste nem satisfeita, ou mistura de sentimentos)
- moderadamente triste
- muito triste

A1-4.2. Escala de Vinculação Pós-Natal Paterna - EVPósNP

EVPósNP (adaptação ao período pós-natal da EVPNP de Dr.^a Ana Camarneiro, ESEnfC e de Professor Doutor João Justo, FPCE-UL, 2007)

Estas questões são sobre os seus pensamentos e sentimentos acerca do bebé em desenvolvimento. Por favor, assinale apenas uma resposta para cada questão.

- 1) Nas duas últimas semanas, tenho pensado no meu bebé ou tenho-me sentido preocupado com ele:
 - quase sempre
 - com muita frequência
 - frequentemente
 - ocasionalmente
 - nem por isso

- 2) Nas duas últimas semanas, ao falar ou ao pensar no bebé em desenvolvimento, tive sentimentos e emoções que foram:
 - muito fracos ou inexistentes
 - bastante fracos
 - entre fortes e fracos
 - bastante fortes
 - muito fortes

- 3) Nas duas últimas semanas, os meus sentimentos para com o meu bebé, têm sido:
 - muito positivos
 - sobretudo positivos
 - uma mistura de positivos e de negativos
 - sobretudo negativos
 - muito negativos

- 4) Nas duas últimas semanas, tenho sentido o desejo de ler ou obter informação acerca do meu bebé. Este desejo é:
 - muito fraco ou inexistente
 - bastante fraco
 - nem forte nem fraco
 - moderadamente forte
 - muito forte

- 5) Nas duas últimas semanas, quando não estou com o meu bebé tento imaginá-lo:
 - quase sempre
 - com muita frequência
 - frequentemente
 - ocasionalmente
 - nem por isso

6) Nas duas últimas semanas, eu penso no meu bebê, principalmente como:

- uma verdadeira pessoa pequenina com características especiais
- um bebê como qualquer outro bebê
- um ser humano
- uma coisa viva
- uma coisa como outra qualquer

7) Nas duas últimas semanas, quando penso no bebê em desenvolvimento, os meus pensamentos:

- são sempre ternos e carinhosos
- são principalmente ternos e carinhosos
- são uma mistura de ternura e irritação
- contêm uma certa dose de irritação
- contêm muita irritação

8) Nas duas últimas semanas, as minhas ideias acerca do crescimento do meu bebê dentro da minha família têm sido:

- muito claras
- bastante claras
- bastante vagas
- muito vagas
- não faço ideia

9) Nas duas últimas semanas, quando penso no bebê em desenvolvimento, os meus sentimentos são:

- muito tristes
- moderadamente tristes
- uma mistura de felicidade e tristeza
- moderadamente felizes
- muito felizes

10) Nas duas últimas semanas, tenho pensado em que tipo de criança o bebê se vai tornar:

- nem por isso
- ocasionalmente
- frequentemente
- com muita frequência
- quase sempre

11) Nas duas últimas semanas, tenho-me sentido:

- emocionalmente muito distante do meu bebê
- emocionalmente um pouco distante do meu bebê
- emocionalmente não muito próximo do meu bebê
- emocionalmente bastante próximo do meu bebê
- emocionalmente muito próximo do meu bebê

12) Quando vi o bebé pela primeira vez depois de nascer, senti:

- um afecto intenso
- principalmente afecto
- afecto, mas houve alguns aspectos do bebé que me vão desagradar
- que uns quantos aspectos do bebé me desagradaram
- sobretudo desagradado

13) Quando o meu bebé nasceu, eu tive imensa vontade de pegar nele:

- imediatamente
- só depois de ter sido embrulhado numa manta
- só depois de ter sido lavado
- umas horas mais tarde para as coisas acalmarem
- apenas no dia seguinte

14) Nas duas últimas semanas, tenho sonhado com o meu bebé:

- nem por isso
- ocasionalmente
- frequentemente
- muito frequentemente
- quase todas as noites

15) Nas duas últimas semanas, dei por mim a acariciar o meu bebé:

- muitas vezes ao dia
- pelo menos uma vez por dia
- ocasionalmente
- apenas uma vez
- nem por isso

16) Se neste momento o meu bebé ficasse gravemente doente penso que iria sentir-me:

- muito satisfeito
- moderadamente satisfeito
- neutro (nem triste nem satisfeito, ou mistura de sentimentos)
- moderadamente triste
- muito triste

APÊNDICE 2

CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DAS ESCALAS

A2 – 1. Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade - EAGM

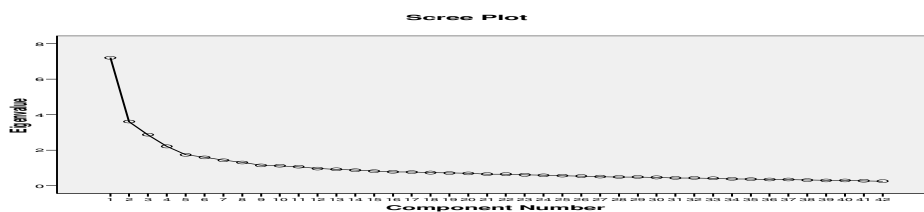
A2 - 1.1. Análise factorial

Quadro 1. Saturações dos itens nos 7 factores da EAGM

Item nº	Factores						
	FI	RPM	GFMCP	BM	AM/C	ICND	ADGM
01				.35			
02	.33						
03							.71
04							.45
05		.84					
06	.74						
07					.51		
08						.66	
09				.34			
10				.40			
11	.73						
12				.49			
13		.74					
14							.76
15					.78		
16				.38			
17	.56						
18							.34
19			.61				
20				.64			
21					.62		
22			.40				
23				.51			
24			.78				
25					.78		
26	.79						
27				.45			
28						.46	
29						.44	
30			.79				
31	.72						
32				.32			
33							.69
34				.32			
35		.73					
36	.49						
37				.60			
38			.79				
39							.40
40						.77	
41			.42				
42		.73					
Valor próprio	7.21	3.60	2.87	2.21	1.73	1.59	1.43
Variância explicada (%)	9.13	7.27	7.25	7.17	6.28	6.03	6.01

Notas: Total da variância explicada= 49.13%, Coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = 0.84, Teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2=5579.97, p < .001$)

Gráfico 1. Scree plot das dimensões da EAGM



A2 - 1.2. Consistência interna das subescalas da EAGM

Quadro 2. Consistência interna das subescalas da EAGM

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
Filho Imaginado			
02	Com a gravidez, sinto-me mais responsável.	.33	.81
06	Imagino-me a brincar com o meu filho	.59	.77
11	Imagino-me a passear com o bebé ao colo	.62	.76
17	Tenho pensado no futuro do meu bebé	.51	.78
26	Imagino-me a brincar no jardim com o meu filho, quando ele for mais crescido.	.65	.76
31	Imagino-me a mudar as fraldas ao meu bebé.	.60	.77
36	Tenho pensado como a gravidez é uma fase muito importante na minha vida.	.50	.79
α global			.80
Boa mãe			
01	Penso que vou ser uma boa mãe	.39	.65
09	Os bebés são todos iguais no 1º ano de vida.	.23	.69
10	Desde que estou grávida que me sinto mais próxima do meu marido/companheiro.	.44	.63
12	Desde que se preste os cuidados básicos ao bebé, como dar-lhe de comer e mantê-lo limpo, tudo correrá bem.	.48	.62
16	A gravidez está a fazer-me mudar para melhor.	.35	.65
23	Uma boa mãe afasta as crianças das dificuldades da vida	.37	.65
27	É importante ser eu a ensinar o meu filho a usar o bacio.	.41	.64
32	As avós têm mais tempo para olhar pelas crianças	.34	.66
α global			.68
Gravidez como factor mudança e desenvolvimento pessoal			
19	Ter filhos altera a vida de uma mulher	.41	.76
22	Desde que estou grávida que vejo a vida de forma diferente.	.36	.77
24	Este bebé vai alterar a minha vida.	.60	.70
30	Depois de o bebé nascer a minha vida vai mudar	.64	.70
38	Tenho pensado que depois de o bebé nascer, a minha vida vai mudar	.67	.69
41	Desde que estou grávida que me sinto uma pessoa diferente	.41	.76
α global			.77
Aspectos difíceis da gravidez e da maternidade			
03	A gravidez é um período difícil na vida de uma mulher.	.38	.62
04	Desde que estou grávida que tenho necessidade de mais apoio	.36	.63
14	Estar grávida é um enorme desgaste psicológico	.56	.57
18	Uma criança põe uma mulher nervosa se esta tiver que estar com ela todo o dia.	.25	.66
33	Estar grávida é um enorme desgaste físico	.50	.59
34	Preocupo-me com a capacidade de o meu marido/companheiro lidar com o bebé	.27	.66
39	Estou preocupada com a minha capacidade para enfrentar o parto	.31	.64
α global			.66
Relação com a própria mãe			
05	Considero a minha própria mãe como uma verdadeira amiga.	.68	.74
13	A minha mãe compreendia os meus problemas e preocupações	.64	.76
35	A minha mãe merece o meu respeito pela forma como me educou	.61	.78
42	A minha mãe fazia-me mimos	.60	.78
α global			.81
Apoio do marido/companheiro			
07	O apoio do marido/companheiro é muito importante durante a gravidez	.41	.76
15	O meu marido/companheiro tem ajudado durante a gravidez	.64	.63
21	Desde que estou grávida, sinto que o meu marido/companheiro compreende as minhas necessidades.	.54	.70
25	O apoio do meu marido/companheiro tem sido muito importante durante a gravidez.	.64	.64
α global			.75
Imagem corporal e necessidade de dependência			
08	Durante a gravidez, tenho-me preocupado com o meu aspecto.	.43	.55
28	A gravidez faz-me sentir importante	.38	.59
29	Desde que estou grávida que tenho necessidade de mais carinhos	.36	.60
40	Durante a gravidez, tenho-me preocupado em arranjar-me e vestir roupas bonitas.	.49	.51
α global			.63

A2 – 2. Perceived Stress Scale (adaptação ao contexto profissional) - PSS-14

A2 – 2.1. Consistência interna da PSS na amostra do primeiro estudo

A2 -2.1.a. Amostra feminina (PSS-F)

Quadro 3. Consistência interna da PSS-F

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
01	No último mês, com que frequência ficou preocupada por causa de algo que aconteceu inesperadamente no contexto profissional?	.39	.58
02	No último mês, com que frequência sentiu que era incapaz de controlar as coisas importantes na sua vida profissional?	.49	.56
03	No último mês, com que frequência se sentiu nervosa e stressada com situações profissionais?	.44	.57
04	No último mês, com que frequência lidou com acontecimentos irritantes na sua vida profissional?	-.58	.73
05	No último mês, com que frequência sentiu que estava a lidar eficientemente com mudanças importantes que estavam a ocorrer na sua vida profissional?	-.09	.66
06	No último mês, com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade de lidar com os seus problemas profissionais?	.31	.60
07	No último mês, com que frequência sentiu que as coisas corriam como queria na sua vida profissional	.46	.58
08	No último mês, com que frequência constatou que não conseguia lidar com todas as coisas que tinha de fazer no trabalho?	.40	.58
09	No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as irritações na sua vida profissional?	.36	.59
10	No último mês, com que frequência sentiu que estava “em cima do acontecimento”, na sua vida profissional?	.28	.60
11	No último mês, com que frequência ficou furiosa por causa de coisas que aconteceram no contexto de trabalho que estavam fora do seu controlo?	.47	.57
12	No último mês, com que frequência deu por si a pensar em coisas de trabalho que tinha de realizar?	.19	.62
13	No último mês, com que frequência teve capacidade para controlar a forma como ocupa o seu tempo relacionado com a vida profissional?	.13	.63
14	No último mês, com que frequência sentiu que as suas dificuldades no trabalho se acumulavam tanto que não conseguia resolvê-las?	.58	.55
α global			.62

Quadro 4. Consistência interna da PSS-F*

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
01	No último mês, com que frequência ficou preocupada por causa de algo que aconteceu inesperadamente no contexto profissional?	.51	.74
02	No último mês, com que frequência sentiu que era incapaz de controlar as coisas importantes na sua vida profissional?	.57	.74
03	No último mês, com que frequência se sentiu nervosa e stressada com situações profissionais?	.60	.73
06	No último mês, com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade de lidar com os seus problemas profissionais?	.20	.77
07	No último mês, com que frequência sentiu que as coisas corriam como queria na sua vida profissional	.42	.76
08	No último mês, com que frequência constatou que não conseguia lidar com todas as coisas que tinha de fazer no trabalho?	.48	.75
09	No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as irritações na sua vida profissional?	.30	.77
10	No último mês, com que frequência sentiu que estava “em cima do acontecimento”, na sua vida profissional?	.20	.78
11	No último mês, com que frequência ficou furiosa por causa de coisas que aconteceram no contexto de trabalho que estavam fora do seu controlo?	.58	.73
12	No último mês, com que frequência deu por si a pensar em coisas de trabalho que tinha de realizar?	.30	.77

13	No último mês, com que frequência teve capacidade para controlar a forma como ocupa o seu tempo relacionado com a vida profissional?	.06	.79
14	No último mês, com que frequência sentiu que as suas dificuldades no rabalho se acumulavam tanto que não conseguia resolvê-las?	.63	.73
α global			.77

*depois de retirados os itens 4 e 5

A2 – 2.1.b. Amostra masculina (PSS-M)

Quadro 5. Consistência interna da PSS-M

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
01	No último mês, com que frequência ficou preocupada por causa de algo que aconteceu inesperadamente no contexto profissional?	.36	.56
02	No último mês, com que frequência sentiu que era incapaz de controlar as coisas importantes na sua vida profissional?	.51	.53
03	No último mês, com que frequência se sentiu nervosa e stressada com situações profissionais?	.40	.55
04	No último mês, com que frequência lidou com acontecimentos irritantes na sua vida profissional?	-.52	.71
05	No último mês, com que frequência sentiu que estava a lidar eficientemente com mudanças importantes que estavam a ocorrer na sua vida profissional?	-.01	.63
06	No último mês, com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade de lidar com os seus problemas profissionais?	.28	.58
07	No último mês, com que frequência sentiu que as coisas corriam como queria na sua vida profissional	.39	.56
08	No último mês, com que frequência constatou que não conseguia lidar com todas as coisas que tinha de fazer no trabalho?	.43	.55
09	No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as irritações na sua vida profissional?	.33	.57
10	No último mês, com que frequência sentiu que estava “em cima do acontecimento”, na sua vida profissional?	.26	.58
11	No último mês, com que frequência ficou furiosa por causa de coisas que aconteceram no contexto de trabalho que estavam fora do seu controlo?	.36	.56
12	No último mês, com que frequência deu por si a pensar em coisas de trabalho que tinha de realizar?	.10	.61
13	No último mês, com que frequência teve capacidade para controlar a forma como ocupa o seu tempo relacionado com a vida profissional?	.27	.58
14	No último mês, com que frequência sentiu que as suas dificuldades no rabalho se acumulavam tanto que não conseguia resolvê-las?	.43	.55
α global			.60

Quadro 6. Consistência interna da PSS-M*

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
01	No último mês, com que frequência ficou preocupada por causa de algo que aconteceu inesperadamente no contexto profissional?	.49	.71
02	No último mês, com que frequência sentiu que era incapaz de controlar as coisas importantes na sua vida profissional?	.60	.70
03	No último mês, com que frequência se sentiu nervosa e stressada com situações profissionais?	.56	.70
06	No último mês, com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade de lidar com os seus problemas profissionais?	.18	.75
07	No último mês, com que frequência sentiu que as coisas corriam como queria na sua vida profissional	.38	.73
08	No último mês, com que frequência constatou que não conseguia lidar com todas as coisas que tinha de fazer no trabalho?	.49	.71
09	No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as irritações na sua vida profissional?	.26	.74
10	No último mês, com que frequência sentiu que estava “em cima do acontecimento”, na sua vida profissional?	.18	.75
11	No último mês, com que frequência ficou furiosa por causa de	.48	.72

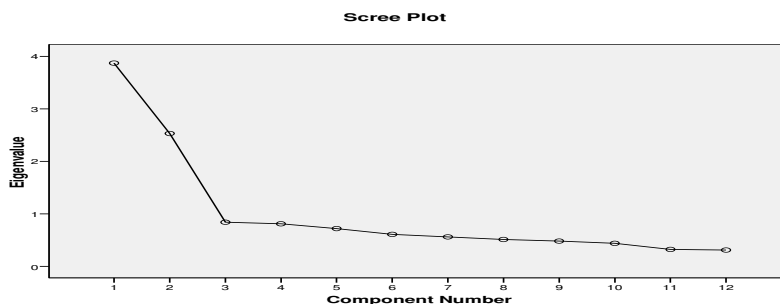
	coisas que aconteceram no contexto de trabalho que estavam fora do seu controlo?		
12	No último mês, com que frequência deu por si a pensar em coisas de trabalho que tinha de realizar?	.21	.75
13	No último mês, com que frequência teve capacidade para controlar a forma como ocupa o seu tempo relacionado com a vida profissional?	.21	.75
14	No último mês, com que frequência sentiu que as suas dificuldades no trabalho se acumulavam tanto que não conseguia resolvê-las?	.52	.71
	α global		.74

* depois de retirados os itens 4 e 5

A2 – 2.2. Análise Factorial e da consistência interna das dimensões da PSS na amostra do primeiro estudo

A2 - 2.2.a. Amostra feminina (PSS-F)

Gráfico 2. Scree plot para os dados da PSS-F



Quadro 7. Saturações dos itens nos dois factores da PSS-F

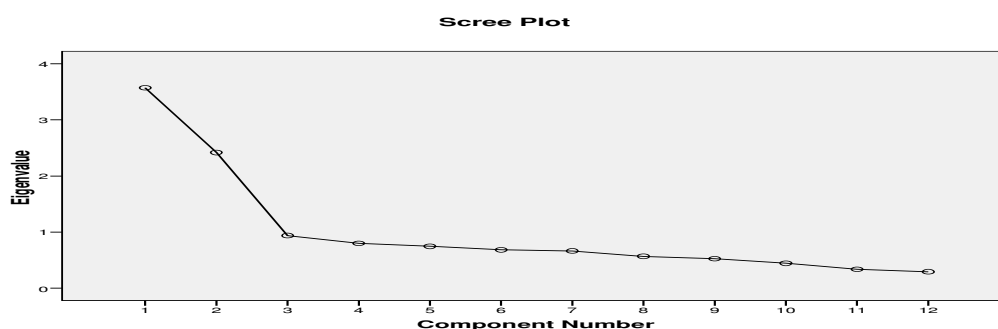
Item n°	Factores	
	F1	F2
01	.76	
02	.71	
03	.83	
06		.73
07		.60
08	.69	
09		.69
10		.76
11	.73	
12	.64	
13		.65
14	.74	
Valor próprio	3.87	2.53
Variância explicada (%)	32.18	21.17
<i>KMO</i> = 0.84, <i>BTS</i> = 1435.93, <i>p</i> < .001		
Alfa	0.85	.73

Quadro 8. Consistência interna da PSS-F nas dimensões 1 e 2

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
Dimensão 1			
01	No último mês, com que frequência ficou preocupada por causa de algo que aconteceu inesperadamente no contexto profissional?	.64	.83
02	No último mês, com que frequência sentiu que era incapaz de controlar as coisas importantes na sua vida profissional?	.59	.84
03	No último mês, com que frequência se sentiu nervosa e stressada com situações profissionais?	.74	.82
08	No último mês, com que frequência constatou que não conseguia lidar com todas as coisas que tinha de fazer no trabalho?	.57	.84
11	No último mês, com que frequência ficou furiosa por causa de coisas que aconteceram no contexto de trabalho que estavam fora do seu controlo?	.63	.83
12	No último mês, com que frequência deu por si a pensar em coisas de trabalho que tinha de realizar?	.52	.85
14	No último mês, com que frequência sentiu que as suas dificuldades no trabalho se acumulavam tanto que não conseguia resolvê-las?	.64	.83
α global			.85
Dimensão 2			
06	No último mês, com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade de lidar com os seus problemas profissionais?	.55	.66
07	No último mês, com que frequência sentiu que as coisas corriam como queria na sua vida profissional	.43	.71
09	No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as irritações na sua vida profissional?	.50	.68
10	No último mês, com que frequência sentiu que estava “em cima do acontecimento”, na sua vida profissional?	.57	.65
13	No último mês, com que frequência teve capacidade para controlar a forma como ocupa o seu tempo relacionado com a vida profissional?	.41	.71
α global			.73

A2 – 2.2.b. Amostra masculina (PSS-M)

Gráfico 3. Scree plot para os dados da PSS-M



Quadro 9. Saturações dos itens nos dois factores da PSS-M

Item nº	Factores	
	F1	F2
01	.74	
02	.72	
03	.82	
06		.72
07		.54
08	.64	
09		.69
10		.68
11	.68	
12	.54	
13		.65
14	.67	
Valor próprio	4.23	2.59
Variância explicada (%) (total=48.77)	30.24	18.56
<i>KMO</i> = 0.84, <i>BTS</i> = 1824.49, <i>p</i> < .001		
Alfa	.83	.70

Quadro 10. Consistência interna da PSS-M nas dimensões 1 e 2.

Nº	Item	Correlação item-total	<i>a se o item fosse eliminado</i>
dimensão 1			
01	No último mês, com que frequência ficou preocupada por causa de algo que aconteceu inesperadamente no contexto profissional?	.62	.80
02	No último mês, com que frequência sentiu que era incapaz de controlar as coisas importantes na sua vida profissional?	.62	.80
03	No último mês, com que frequência se sentiu nervosa e stressada com situações profissionais?	.70	.79
08	No último mês, com que frequência constatou que não conseguia lidar com todas as coisas que tinha de fazer no trabalho?	.55	.81
11	No último mês, com que frequência ficou furiosa por causa de coisas que aconteceram no contexto de trabalho que estavam fora do seu controlo?	.55	.81
12	No último mês, com que frequência deu por si a pensar em coisas de trabalho que tinha de realizar?	.45	.83
14	No último mês, com que frequência sentiu que as suas dificuldades no trabalho se acumulavam tanto que não conseguia resolvê-las?	.57	.81
α global			.83
Dimensão 2			
06	No último mês, com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade de lidar com os seus problemas profissionais?	.48	.64
07	No último mês, com que frequência sentiu que as coisas corriam como queria na sua vida profissional	.37	.69
09	No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as irritações na sua vida profissional?	.52	.63
10	No último mês, com que frequência sentiu que estava “em cima do acontecimento”, na sua vida profissional?	.47	.65
13	No último mês, com que frequência teve capacidade para controlar a forma como ocupa o seu tempo relacionado com a vida profissional?	.45	.66
α global			.70

A2 – 2.3. Análise de consistência interna da PSS na amostra do terceiro estudo

A2 - 2.3.a. Amostra feminina (PSS-F)

Quadro 11. Consistência interna da PSS-F no terceiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
01	No último mês, com que frequência ficou preocupada por causa de algo que aconteceu inesperadamente no contexto profissional?	.59	.78
02	No último mês, com que frequência sentiu que era incapaz de controlar as coisas importantes na sua vida profissional?	.60	.78
03	No último mês, com que frequência se sentiu nervosa e stressada com situações profissionais?	.63	.78
06	No último mês, com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade de lidar com os seus problemas profissionais?	.45	.80
07	No último mês, com que frequência sentiu que as coisas corriam como queria na sua vida profissional	.31	.81
08	No último mês, com que frequência constatou que não conseguia lidar com todas as coisas que tinha de fazer no trabalho?	.76	.76
09	No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as irritações na sua vida profissional?	.27	.81
10	No último mês, com que frequência sentiu que estava “em cima do acontecimento”, na sua vida profissional?	.37	.80
11	No último mês, com que frequência ficou furiosa por causa de coisas que aconteceram no contexto de trabalho que estavam fora do seu controlo?	.57	.78
12	No último mês, com que frequência deu por si a pensar em coisas de trabalho que tinha de realizar?	.18	.82
13	No último mês, com que frequência teve capacidade para controlar a forma como ocupa o seu tempo relacionado com a vida profissional?	.30	.81
14	No último mês, com que frequência sentiu que as suas dificuldades no trabalho se acumulavam tanto que não conseguia resolvê-las?	.52	.79
α global (12 itens)			.81

A2 – 2.3.b. Amostra masculina (PSS-M)

Quadro 12. Consistência interna da PSS-M no terceiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
01	No último mês, com que frequência ficou preocupada por causa de algo que aconteceu inesperadamente no contexto profissional?	.56	.76
02	No último mês, com que frequência sentiu que era incapaz de controlar as coisas importantes na sua vida profissional?	.71	.75
03	No último mês, com que frequência se sentiu nervosa e stressada com situações profissionais?	.58	.76
06	No último mês, com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade de lidar com os seus problemas profissionais?	.18	.80
07	No último mês, com que frequência sentiu que as coisas corriam como queria na sua vida profissional	.44	.78
08	No último mês, com que frequência constatou que não conseguia lidar com todas as coisas que tinha de fazer no trabalho?	.58	.76
09	No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as irritações na sua vida profissional?	.11	.81
10	No último mês, com que frequência sentiu que estava “em cima do acontecimento”, na sua vida profissional?	.47	.77
11	No último mês, com que frequência ficou furiosa por causa de coisas que aconteceram no contexto de trabalho que estavam fora do seu controlo?	.49	.77
12	No último mês, com que frequência deu por si a pensar em coisas de trabalho que tinha de realizar?	.32	.79
13	No último mês, com que frequência teve capacidade para controlar a forma como ocupa o seu tempo relacionado com a vida profissional?	.13	.80
14	No último mês, com que frequência sentiu que as suas dificuldades no trabalho se acumulavam tanto que não conseguia resolvê-las?	.62	.76
α global (12 itens)			.79

A2 - 3. Depression, Anxiety and Stress Scale – DASS

A2 - 3.1. Consistência interna da DASS no primeiro estudo

A2 - 3.1.a. Amostra Feminina (DASS-F)

Quadro 13. Consistência interna da DASS-F no primeiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
01	Dei por mim a ficar aborrecido(a) com coisas triviais do dia a dia	.51	.95
02	Senti a minha boca seca	.33	.96
03	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	.54	.95
04	Senti dificuldades em respirar (ex. respiração acelerada; falta de folgo na ausência de exercício físico)	.47	.95
05	Parecia-me que não conseguia andar para a frente	.51	.95
06	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	.51	.95
07	Senti-me a fraquejar (por ex. sem força nas pernas)	.50	.95
08	Senti dificuldade em me relaxar	.59	.95
09	Encontrei-me em situações que me provocaram tanta ansiedade que fiquei muito aliviado quando consegui sair delas	.63	.95
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	.51	.95
11	Dei por mim a ficar perturbado com muita facilidade	.65	.95
12	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	.75	.95
13	Senti-me triste e deprimido	.71	.95
14	Dei por mim a ficar impaciente quando estava atrasado(a) por ex. nos elevad semáforos, quando tinha de esperar)	.50	.95
15	Tive sensações de desmaio	.41	.95
16	Senti que tinha perdido o interesse em praticamente tudo	.60	.95
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	.56	.95
18	Senti que estava muito sensível	.54	.95
19	Tive suores intensos (por ex. nas mãos) que não foram provocados por temperatura elevada ou esforço físico	.50	.95
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	.63	.95
21	Senti que a vida não valia a pena	.51	.95
22	Tive dificuldade em me acalmar	.72	.95
23	Tive dificuldades em engolir	.46	.95
24	Parece que não consegui ter prazer nas coisas que fiz	.66	.95
25	Senti alterações no meu coração sem fazer esforço físico (ex. aumento do ritmo cardíaco; coração dá um salto)	.51	.95
26	Senti-me desanimado e melancólico	.67	.95
27	Senti-me muito irritável	.70	.95
28	Senti-me quase a entrar em pânico	.67	.95
28	Senti dificuldade em me acalmar depois de algo que me aborreceu	.71	.95
30	Tive medo de não conseguir enfrentar tarefas simples mas não familiares	.56	.95
31	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	.60	.95
32	Tive dificuldade em tolerar interrupções no que estava a fazer	.57	.95
33	Estive num estado de tensão nervosa	.71	.95
34	Senti que não tinha valor	.60	.95
35	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de continuar aquilo que estava a fazer	.64	.95
36	Senti-me aterrorizado	.57	.95
37	Não consegui ver nada no futuro que me desse esperança	.54	.95
38	Senti que a vida não tinha sentido	.55	.95
39	Dei por mim a ficar agitado	.69	.95
40	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	.57	.95
41	Senti tremores (por ex. nas mãos)	.46	.95
42	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	.57	.95
	α global		.96

A2 – 3.1.b. Amostra masculina (DASS-M)

Quadro 14. Consistência interna da DASS-M no primeiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>α se o item fosse eliminado</i>
01	Dei por mim a ficar aborrecido(a) com coisas triviais do dia a dia	.45	.96
02	Senti a minha boca seca	.41	.96
03	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	.35	.96
04	Senti dificuldades em respirar (ex. respiração acelerada; falta de folgo na ausência de exercício físico)	.52	.96
05	Parecia-me que não conseguia andar para a frente	.60	.96
06	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	.53	.96
07	Senti-me a fraquejar (por ex. sem força nas pernas)	.59	.96
08	Senti dificuldade em me relaxar	.64	.96
09	Encontrei-me em situações que me provocaram tanta ansiedade que fiquei muito aliviado quando consegui sair delas	.47	.96
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	.62	.96
11	Dei por mim a ficar perturbado com muita facilidade	.75	.96
12	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	.72	.96
13	Senti-me triste e deprimido	.70	.96
14	Dei por mim a ficar impaciente quando estava atrasado(a) por ex. nos elevad semáforos, quando tinha de esperar)	.47	.96
15	Tive sensações de desmaio	.47	.96
16	Senti que tinha perdido o interesse em praticamente tudo	.65	.96
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	.65	.96
18	Senti que estava muito sensível	.61	.96
19	Tive suores intensos (por ex. nas mãos) que não foram provocados por temperatura elevada ou esforço físico	.47	.96
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	.66	.96
21	Senti que a vida não valia a pena	.53	.96
22	Tive dificuldade em me acalmar	.72	.96
23	Tive dificuldades em engolir	.50	.96
24	Parece que não consegui ter prazer nas coisas que fiz	.65	.96
25	Senti alterações no meu coração sem fazer esforço físico (ex. aumento do ritmo cardíaco; coração dá um salto)	.56	.96
26	Senti-me desanimado e melancólico	.68	.96
27	Senti-me muito irritável	.70	.96
28	Senti-me quase a entrar em pânico	.61	.96
28	Senti dificuldade em me acalmar depois de algo que me aborreceu	.69	.96
30	Tive medo de não conseguir enfrentar tarefas simples mas não familiares	.50	.96
31	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	.60	.96
32	Tive dificuldade em tolerar interrupções no que estava a fazer	.58	.96
33	Estive num estado de tensão nervosa	.73	.96
34	Senti que não tinha valor	.68	.96
35	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de continuar aquilo que estava a fazer	.66	.96
36	Senti-me aterrorizado	.64	.96
37	Não consegui ver nada no futuro que me desse esperança	.66	.96
38	Senti que a vida não tinha sentido	.68	.96
39	Dei por mim a ficar agitado	.72	.96
40	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	.61	.96
41	Senti tremores (por ex. nas mãos)	.57	.96
42	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	.50	.96
	α global		.96

A2 – 3.2. Análise Factorial da DASS no Primeiro Estudo

A2 – 3.2.a. Amostra Feminina

Quadro 15. Saturações dos itens nos três factores da escala DASS- F

<i>Item nº</i>	<i>Stress</i>	<i>Factores</i>	
		<i>Depressão</i>	<i>Ansiedade</i>
01	.67		
02	.30		---
03		.41	
04			.45
05		.38	.43
06	.60		
07			.56
08	.54		
09	.55		.38
10		.55	
11	.71		
12	.74		
13	.59	.46	
14	.57		
15			.64
16		.67	
17		.74	
18	.63		
19			.64
20			.54
21		.68	
22	.75		
23			.40
24		.47	
25			.51
26	.55	.47	
27	.76		
28	.47	.44	---
29	.67		
30		.49	---
31		.69	
32	.41		
33	.59		
34		.84	
35	.51		
36		.59	.43
37		.72	
38		.82	
39	.58		
40			.47
41			.66
42		.42	
Valor próprio	15.59	2.93	1.91
Variância explicada (%) (Total= 48.64)	19.59	17.45	11.60
<i>KMO</i> = 0.945, <i>BTS</i> = 9785.385, <i>p</i> < .001			
Alfa	.92	.91	.81

Nota: A azul, os itens de acordo com o autor. A vermelho, os itens que pontuam mais noutra dimensão, mas que não lhe pertencem. A tracejado os itens que faltam nessa dimensão.

A2 – 3.2.b. Amostra Masculina

Quadro 16. Saturações dos itens nos três factores da DASS- M

<i>Item n°</i>	<i>Depressão</i>	<i>Factores Stress</i>	<i>Ansiedade</i>
01		.59	
02			.46
03	.29		
04			.56
05	.43		
06		.63	
07			.63
08		.61	
09		.47	
10	.61		
11		.69	
12		.68	
13	.48	.51	
14		.48	
15			.60
16	.61		
17	.78		
18		.53	
19			.63
20			.61
21	.65		
22		.73	
23			.45
24	.49		
25			.64
26	.42	.50	
27		.76	
28	.51		.33
29		.71	
30	.50		---
31	.61		
32		.57	
33		.66	
34	.79		
35		.59	
36	.69		.42
37	.73		
38	.83		
39		.64	
40	.57		---
41			.66
42	.46		
Valor próprio	16.74	2.60	1.80
Variância explicada (%) (Total = 50.35%)	19.51	19.17	11.67
KMO=0.96, BTS=10333.65, p < .001			
Alfa	.91	.92	.86

Nota: A azul, os itens de acordo com o autor. A vermelho, os itens que pontuam mais noutra dimensão, mas que não lhe pertencem. A tracejado os itens que faltam nessa dimensão.

A2 – 3.3. Consistência interna das dimensões da DASS no primeiro estudo

A2 – 3.3.a. Amostra feminina (DASS-F)

Quadro 17. Consistência interna das dimensões da DASS-F no primeiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>α se o item fosse eliminado</i>
Depressão			
03	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	.56	.91
05	Parecia-me que não conseguia andar para a frente	.52	.91
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	.60	.91
13	Senti-me triste e deprimido	.67	.91
16	Senti que tinha perdido o interesse em praticamente tudo	.67	.90
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	.69	.90
21	Senti que a vida não valia a pena	.63	.91
24	Parece que não consegui ter prazer nas coisas que fiz	.65	.90
26	Senti-me desanimado e melancólico	.65	.90
31	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	.69	.90
34	Senti que não tinha valor	.74	.90
37	Não consegui ver nada no futuro que me desse esperança	.63	.91
38	Senti que a vida não tinha sentido	.67	.91
42	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	.56	.91
α global			.91
Stress			
01	Dei por mim a ficar aborrecido(a) com coisas triviais do dia a dia	.58	.92
06	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	.55	.92
08	Senti dificuldade em me relaxar	.57	.92
11	Dei por mim a ficar perturbado com muita facilidade	.69	.91
12	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	.77	.91
14	Dei por mim a ficar impaciente quando estava atrasado(a) por ex. nos elevad semáforos, quando tinha de esperar)	.52	.92
18	Senti que estava muito sensível	.57	.92
22	Tive dificuldade em me acalmar	.77	.91
27	Senti-me muito irritável	.77	.91
29	Senti dificuldade em me acalmar depois de algo que me aborreceu	.73	.91
32	Tive dificuldade em tolerar interrupções no que estava a fazer	.55	.92
33	Estive num estado de tensão nervosa	.71	.91
35	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de continuar aquilo que estava a fazer	.64	.92
39	Dei por mim a ficar agitado	.68	.92
α global			.92
Ansiedade			
04	Senti dificuldades em respirar (ex. respiração acelerada; falta de folgo na ausência de exercício físico)	.47	.80
07	Senti-me a fraquejar (por ex. sem força nas pernas)	.51	.79
15	Tive sensações de desmaio	.48	.79
19	Tive suores intensos (por ex. nas mãos) que não foram provocados por temperatura elevada ou esforço físico	.58	.78
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	.58	.78
23	Tive dificuldades em engolir	.42	.80
25	Senti alterações no meu coração sem fazer esforço físico (ex. aumento do ritmo cardíaco; coração dá um salto)	.53	.79
36	Senti-me aterrorizado	.51	.79
41	Senti tremores (por ex. nas mãos)	.54	.79
α global			.81

A2 – 3.3.b. Amostra masculina (DASS-M)

Quadro 18. Consistência interna das dimensões da DASS-M no primeiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>α se o item fosse eliminado</i>
Depressão			
03	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	.35	.92
05	Parecia-me que não conseguia andar para a frente	.56	.91
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	.70	.90
13	Senti-me triste e deprimido	.67	.90
16	Senti que tinha perdido o interesse em praticamente tudo	.66	.90
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	.75	.90
21	Senti que a vida não valia a pena	.58	.91
24	Parece que não consegui ter prazer nas coisas que fiz	.65	.90
26	Senti-me desanimado e melancólico	.64	.90
31	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	.63	.90
34	Senti que não tinha valor	.77	.90
37	Não consegui ver nada no futuro que me desse esperança	.75	.90
38	Senti que a vida não tinha sentido	.78	.90
42	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	.48	.91
α global			.91
Stress			
01	Dei por mim a ficar aborrecido(a) com coisas triviais do dia a dia	.49	.93
06	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	.57	.92
08	Senti dificuldade em me relaxar	.65	.92
11	Dei por mim a ficar perturbado com muita facilidade	.77	.92
12	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	.74	.92
14	Dei por mim a ficar impaciente quando estava atrasado(a) por ex. nos elevad semáforos, quando tinha de esperar)	.49	.93
18	Senti que estava muito sensível	.60	.92
22	Tive dificuldade em me acalmar	.76	.92
27	Senti-me muito irritável	.76	.92
29	Senti dificuldade em me acalmar depois de algo que me aborreceu	.73	.92
32	Tive dificuldade em tolerar interrupções no que estava a fazer	.61	.92
33	Estive num estado de tensão nervosa	.74	.92
35	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de continuar aquilo que estava a fazer	.69	.92
39	Dei por mim a ficar agitado	.72	.92
α global			.92
Ansiedade			
04	Senti dificuldades em respirar (ex. respiração acelerada; falta de folgo na ausência de exercício físico)	.53	.85
07	Senti-me a fraquejar (por ex. sem força nas pernas)	.64	.83
15	Tive sensações de desmaio	.57	.84
19	Tive suores intensos (por ex. nas mãos) que não foram provocados por temperatura elevada ou esforço físico	.53	.85
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	.70	.83
23	Tive dificuldades em engolir	.51	.85
25	Senti alterações no meu coração sem fazer esforço físico (ex. aumento do ritmo cardíaco; coração dá um salto)	.62	.84
36	Senti-me aterrorizado	.61	.84
41	Senti tremores (por ex. nas mãos)	.66	.83
α global			.86

A2 – 3.4. Consistência interna da DASS e dimensões na amostra do terceiro estudo

A2 – 3.4.a. Amostra Feminina (DASS-F)

Quadro 19. Consistência interna da DASS-F no terceiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
01	Dei por mim a ficar aborrecido(a) com coisas triviais do dia a dia	.66	.98
02	Senti a minha boca seca	.52	.98
03	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	.60	.98
04	Senti dificuldades em respirar (ex. respiração acelerada; falta de folgo na ausência de exercício físico)	.63	.98
05	Parecia-me que não conseguia andar para a frente	.82	.98
06	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	.71	.98
07	Senti-me a fraquejar (por ex. sem força nas pernas)	.73	.98
08	Senti dificuldade em me relaxar	.64	.98
09	Encontrei-me em situações que me provocaram tanta ansiedade que fiquei muito aliviado quando consegui sair delas	.78	.98
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	.70	.98
11	Dei por mim a ficar perturbado com muita facilidade	.79	.98
12	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	.82	.98
13	Senti-me triste e deprimido	.80	.98
14	Dei por mim a ficar impaciente quando estava atrasado(a) por ex. nos elevad semáforos, quando tinha de esperar)	.67	.98
15	Tive sensações de desmaio	.64	.98
16	Senti que tinha perdido o interesse em praticamente tudo	.79	.98
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	.79	.98
18	Senti que estava muito sensível	.74	.98
19	Tive suores intensos (por ex. nas mãos) que não foram provocados por temperatura elevada ou esforço físico	.50	.98
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	.81	.98
21	Senti que a vida não valia a pena	.73	.98
22	Tive dificuldade em me acalmar	.79	.98
23	Tive dificuldades em engolir	.77	.98
24	Parece que não consegui ter prazer nas coisas que fiz	.80	.98
25	Senti alterações no meu coração sem fazer esforço físico (ex. aumento do ritmo cardíaco; coração dá um salto)	.60	.98
26	Senti-me desanimado e melancólico	.80	.98
27	Senti-me muito irritável	.81	.98
28	Senti-me quase a entrar em pânico	.79	.98
28	Senti dificuldade em me acalmar depois de algo que me aborreceu	.84	.98
30	Tive medo de não conseguir enfrentar tarefas simples mas não familiares	.80	.98
31	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	.73	.98
32	Tive dificuldade em tolerar interrupções no que estava a fazer	.62	.98
33	Estive num estado de tensão nervosa	.78	.98
34	Senti que não tinha valor	.72	.98
35	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de continuar aquilo que estava a fazer	.63	.98
36	Senti-me aterrorizado	.68	.98
37	Não consegui ver nada no futuro que me desse esperança	.68	.98
38	Senti que a vida não tinha sentido	.72	.98
39	Dei por mim a ficar agitado	.74	.98
40	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	.79	.98
41	Senti tremores (por ex. nas mãos)	.59	.98
42	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	.68	.98
	α global		.98

Quadro 20. Consistência interna das dimensões da DASS-F no terceiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
Depressão			
03	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	.64	.95
05	Parecia-me que não conseguia andar para a frente	.82	.95
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	.74	.95
13	Senti-me triste e deprimido	.77	.95
16	Senti que tinha perdido o interesse em praticamente tudo	.82	.95
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	.85	.95
21	Senti que a vida não valia a pena	.83	.95
24	Parece que não consegui ter prazer nas coisas que fiz	.82	.95
26	Senti-me desanimado e melancólico	.80	.95
31	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	.67	.95
34	Senti que não tinha valor	.81	.95
37	Não consegui ver nada no futuro que me desse esperança	.79	.95
38	Senti que a vida não tinha sentido	.80	.95
42	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	.55	.95
α global			.95
Ansiedade			
04	Senti dificuldades em respirar (ex. respiração acelerada; falta de folgo na ausência de exercício físico)	.66	.89
07	Senti-me a fraquejar (por ex. sem força nas pernas)	.62	.90
15	Tive sensações de desmaio	.76	.88
19	Tive suores intensos (por ex. nas mãos) que não foram provocados por temperatura elevada ou esforço físico	.61	.89
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	.69	.89
23	Tive dificuldades em engolir	.81	.88
25	Senti alterações no meu coração sem fazer esforço físico (ex. aumento do ritmo cardíaco; coração dá um salto)	.67	.89
36	Senti-me aterrorizado	.69	.89
41	Senti tremores (por ex. nas mãos)	.65	.89
α global			.90
Stress			
01	Dei por mim a ficar aborrecido(a) com coisas triviais do dia a dia	.65	.95
06	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	.74	.95
08	Senti dificuldade em me relaxar	.68	.95
11	Dei por mim a ficar perturbado com muita facilidade	.84	.94
12	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	.85	.94
14	Dei por mim a ficar impaciente quando estava atrasado(a) por ex. nos elevad semáforos, quando tinha de esperar)	.62	.95
18	Senti que estava muito sensível	.75	.95
22	Tive dificuldade em me acalmar	.81	.95
27	Senti-me muito irritável	.83	.94
29	Senti dificuldade em me acalmar depois de algo que me aborreceu	.82	.94
32	Tive dificuldade em tolerar interrupções no que estava a fazer	.60	.95
33	Estive num estado de tensão nervosa	.79	.95
35	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de continuar aquilo que estava a fazer	.67	.95
39	Dei por mim a ficar agitado	.75	.95
α global			.95

A2 – 3.4.b. Amostra masculina (DASS-M)

Quadro 21. Consistência interna da DASS-M no terceiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>α se o item fosse eliminado</i>
01	Dei por mim a ficar aborrecido(a) com coisas triviais do dia a dia	.48	.96
02	Senti a minha boca seca	.32	.96
03	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	.35	.96
04	Senti dificuldades em respirar (ex. respiração acelerada; falta de folgo na ausência de exercício físico)	.45	.96
05	Parecia-me que não conseguia andar para a frente	.49	.96
06	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	.27	.96
07	Senti-me a fraquejar (por ex. sem força nas pernas)	.33	.96
08	Senti dificuldade em me relaxar	.67	.96
09	Encontrei-me em situações que me provocaram tanta ansiedade que fiquei muito aliviado quando consegui sair delas	.63	.96
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	.68	.96
11	Dei por mim a ficar perturbado com muita facilidade	.85	.95
12	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	.75	.96
13	Senti-me triste e deprimido	.75	.96
14	Dei por mim a ficar impaciente quando estava atrasado(a) por ex. nos elevad semáforos, quando tinha de esperar)	.50	.96
15	Tive sensações de desmaio	.14	.96
16	Senti que tinha perdido o interesse em praticamente tudo	.59	.96
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	.65	.96
18	Senti que estava muito sensível	.77	.95
19	Tive suores intensos (por ex. nas mãos) que não foram provocados por temperatura elevada ou esforço físico	.60	.96
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	.55	.96
21	Senti que a vida não valia a pena	.73	.96
22	Tive dificuldade em me acalmar	.73	.96
23	Tive dificuldades em engolir	.43	.96
24	Parece que não consegui ter prazer nas coisas que fiz	.54	.96
25	Senti alterações no meu coração sem fazer esforço físico (ex. aumento do ritmo cardíaco; coração dá um salto)	.53	.96
26	Senti-me desanimado e melancólico	.69	.96
27	Senti-me muito irritável	.67	.96
28	Senti-me quase a entrar em pânico	.72	.96
28	Senti dificuldade em me acalmar depois de algo que me aborreceu	.58	.96
30	Tive medo de não conseguir enfrentar tarefas simples mas não familiares	.60	.96
31	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	.79	.96
32	Tive dificuldade em tolerar interrupções no que estava a fazer	.39	.96
33	Estive num estado de tensão nervosa	.81	.95
34	Senti que não tinha valor	.74	.96
35	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de continuar aquilo que estava a fazer	.28	.96
36	Senti-me aterrorizado	.66	.96
37	Não consegui ver nada no futuro que me desse esperança	.64	.96
38	Senti que a vida não tinha sentido	.67	.96
39	Dei por mim a ficar agitado	.74	.96
40	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	.61	.96
41	Senti tremores (por ex. nas mãos)	.34	.96
42	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	.58	.96
	α global		.96

Quadro 22. Consistência interna das dimensões da DASS-M no terceiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
Depressão			
03	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	.37	.93
05	Parecia-me que não conseguia andar para a frente	.56	.92
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	.79	.92
13	Senti-me triste e deprimido	.79	.92
16	Senti que tinha perdido o interesse em praticamente tudo	.60	.92
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	.77	.92
21	Senti que a vida não valia a pena	.81	.92
24	Parece que não consegui ter prazer nas coisas que fiz	.46	.93
26	Senti-me desanimado e melancólico	.69	.92
31	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	.77	.92
34	Senti que não tinha valor	.79	.92
37	Não consegui ver nada no futuro que me desse esperança	.72	.92
38	Senti que a vida não tinha sentido	.74	.92
42	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	.57	.92
α global			.93
Ansiedade			
04	Senti dificuldades em respirar (ex. respiração acelerada; falta de folgo na ausência de exercício físico)	.43	.76
07	Senti-me a fraquejar (por ex. sem força nas pernas)	.30	.78
15	Tive sensações de desmaio	.17	.79
19	Tive suores intensos (por ex. nas mãos) que não foram provocados por temperatura elevada ou esforço físico	.70	.72
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	.44	.76
23	Tive dificuldades em engolir	.48	.76
25	Senti alterações no meu coração sem fazer esforço físico (ex. aumento do ritmo cardíaco; coração dá um salto)	.54	.75
36	Senti-me aterrorizado	.68	.72
41	Senti tremores (por ex. nas mãos)	.46	.76
α global			.78
Stress			
01	Dei por mim a ficar aborrecido(a) com coisas triviais do dia a dia	.53	.93
06	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	.42	.93
08	Senti dificuldade em me relaxar	.74	.92
11	Dei por mim a ficar perturbado com muita facilidade	.86	.91
12	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	.74	.92
14	Dei por mim a ficar impaciente quando estava atrasado(a) por ex. nos elevados semáforos, quando tinha de esperar)	.60	.92
18	Senti que estava muito sensível	.66	.92
22	Tive dificuldade em me acalmar	.79	.92
27	Senti-me muito irritável	.78	.92
29	Senti dificuldade em me acalmar depois de algo que me aborreceu	.64	.92
32	Tive dificuldade em tolerar interrupções no que estava a fazer	.54	.92
33	Estive num estado de tensão nervosa	.77	.92
35	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de continuar aquilo que estava a fazer	.40	.93
39	Dei por mim a ficar agitado	.71	.92
α global			.93

A2 - 4. BSI – Brief Symptoms Inventory

A2 – 4.1. Consistência interna das dimensões do BSI no primeiro estudo na amostra feminina (BSI – F) e na amostra masculina (BSI-M)

Quadro 23. Consistência interna das dimensões do BSI - F

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>α se o item fosse eliminado</i>
Somatização			
02	Desmaios ou tonturas	.52	.79
07	Dores sobre o coração ou no peito	.58	.78
23	Vontade de vomitar ou mal estar do estômago	.51	.80
29	Sensação de que lhe falta o ar	.63	.77
30	Calafrios ou afrontamentos	.62	.78
33	Sensação de anestesia (encorticiamento ou formigueiro) no corpo	.47	.80
37	Falta de forças em partes do corpo	.58	.78
α global			.81
Obsessão-Compulsão			
05	Dificuldade em se lembrar das coisas passadas ou recentes	.53	.80
15	Dificuldade em fazer qualquer trabalho	.47	.80
26	Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	.59	.78
27	Dificuldade em tomar decisões	.62	.77
32	Sensação de vazio na cabeça	.58	.79
36	Ter dificuldades em se concentrar	.69	.76
α global			.81
Sensibilidade interpessoal			
20	Sentir-se facilmente ofendido(a) nos seus sentimentos	.69	.83
21	Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	.77	.79
22	Sentir-se inferior aos outros	.73	.80
42	Sentir-se embaraçado(a) junto de outras pessoas	.63	.85
α global			.86
Depressão			
09	Pensamentos de acabar com a vida	.37	.85
16	Sentir-se sozinho(a)	.73	.77
17	Sentir-se triste	.79	.76
18	Não ter interesse por nada	.75	.77
35	Sentir-se sem esperança perante o futuro	.45	.83
50	Sentir que não tem valor	.61	.80
α global			.83
Ansiedade			
01	Nervosismo ou tensão interior	.49	.81
12	Ter um medo súbito sem razão para isso	.62	.77
19	Sentir-se aterrorizado(a)	.60	.78
38	Sentir-se em estado de tensão ou de aflição	.74	.74
45	Ter ataques de terror ou de pânico	.51	.80
49	Sentir-se tão desassossegado(a) que não consegue manter-se sentado(a) quieto(a)	.59	.77
α global			.81
Hostilidade			
06	Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	.59	.78
13	Ter impulsos que não se podem controlar	.59	.76
40	Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	.64	.75
41	Ter vontade de destruir ou de partir coisas	.61	.76
46	Entrar facilmente em discussão	.60	.75
α global			.80
Ansiedade Fóbica			
08	Medo na rua ou praças públicas	.52	.65
28	Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	.34	.71
31	Ter de evitar coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	.59	.61
43	Sentir-se mal no meio das multidões, como lojas, cinemas ou assembleias	.55	.63
47	Sentir-se nervoso(a) quando tem que ficar sozinho(a)	.39	.70
α global			.71

Cont. do Quadro

Ideação Paranóide			
04	Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	.44	.83
10	Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	.67	.76
24	Impressão de que os outros costumam observar ou falar de si	.66	.77
48	Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	.64	.77
51	A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	.65	.77
	α global		.82
Psicoticismo			
03	Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	.46	.76
14	Sentir-se sozinho(a) mesmo quando está com mais pessoas	.62	.71
34	Ter a ideia que deveria ser castigado(a) pelos seus pecados	.47	.75
44	Grande dificuldade em sentir-se “próximo” de outra pessoa	.61	.71
53	Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	.59	.71
	α global		.77

Quadro 24. Consistência interna das dimensões do BSI – M

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>α se o item fosse eliminado</i>
Somatização			
02	Desmaios ou tonturas	.37	.81
07	Dores sobre o coração ou no peito	.57	.78
23	Vontade de vomitar ou mal estar do estômago	.57	.78
29	Sensação de que lhe falta o ar	.63	.77
30	Calafrios ou afrontamentos	.67	.77
33	Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	.53	.79
37	Falta de forças em partes do corpo	.56	.78
	α global		.81
Obsessão-Compulsão			
05	Dificuldade em se lembrar das coisas passadas ou recentes	.45	.76
15	Dificuldade em fazer qualquer trabalho	.48	.74
26	Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	.51	.73
27	Dificuldade em tomar decisões	.53	.73
32	Sensação de vazio na cabeça	.56	.72
36	Ter dificuldades em se concentrar	.59	.71
	α global		.77
Sensibilidade interpessoal			
20	Sentir-se facilmente ofendido(a) nos seus sentimentos	.66	.68
21	Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	.62	.70
22	Sentir-se inferior aos outros	.58	.72
42	Sentir-se embaraçado(a) junto de outras pessoas	.46	.77
	α global		.77
Depressão			
09	Pensamentos de acabar com a vida	.40	.87
16	Sentir-se sozinho(a)	.69	.82
17	Sentir-se triste	.75	.81
18	Não ter interesse por nada	.70	.82
35	Sentir-se sem esperança perante o futuro	.72	.81
50	Sentir que não tem valor	.62	.83
	α global		.85
Ansiedade			
01	Nervosismo ou tensão interior	.47	.78
12	Ter um medo súbito sem razão para isso	.58	.72
19	Sentir-se aterrorizado(a)	.54	.74
38	Sentir-se em estado de tensão ou de aflição	.65	.70
45	Ter ataques de terror ou de pânico	.49	.76
49	tão desassossegado(a) que não consegue manter-se sentado(a) quieto(a)	.58	.72
	α global		.77

<i>Cont. do Quadro</i>			
Hostilidade			
06	Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	.55	.77
13	Ter impulsos que não se podem controlar	.61	.74
40	Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	.57	.75
41	Ter vontade de destruir ou de partir coisas	.61	.74
46	Entrar facilmente em discussão	.56	.75
α global			.79
Ansiedade Fóbica			
08	Medo na rua ou praças públicas	.61	.73
28	Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	.51	.76
31	Ter de evitar coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	.63	.72
43	Sentir-se mal no meio das multidões, como lojas, cinemas ou assembleia	.57	.75
47	Sentir-se nervoso(a) quando tem que ficar sozinho(a)	.55	.75
α global			.78
Ideação Paranóide			
04	Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	.55	.77
10	Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	.52	.77
24	Impressão de que os outros costumam observar ou falar de si	.59	.75
48	Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	.59	.75
51	A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	.65	.73
α global			.79
Psicoticismo			
03	Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	.47	.74
14	Sentir-se sozinho(a) mesmo quando está com mais pessoas	.58	.70
34	Ter a ideia que deveria ser castigado(a) pelos seus pecados	.49	.73
44	Grande dificuldade em sentir-se “próximo” de outra pessoa	.60	.69
53	Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	.53	.72
α global			.76

A2 – 4.2. Análise de consistência interna das dimensões do BSI na amostra feminina (BSI-F) e na amostra masculina (BSI-M) no terceiro estudo

Quadro 25. Consistência interna das dimensões do BSI - F no terceiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>α se o item fosse eliminado</i>
Somatização			
02	Desmaios ou tonturas	.69	.87
07	Dores sobre o coração ou no peito	.68	.87
23	Vontade de vomitar ou mal estar do estômago	.46	.90
29	Sensação de que lhe falta o ar	.78	.86
30	Calafrios ou afrontamentos	.84	.86
33	Sensação de anestesia (encorticação ou formigueiro) no corpo	.69	.87
37	Falta de forças em partes do corpo	.77	.86
α global			.89
Obsessão-Compulsão			
05	Dificuldade em se lembrar das coisas passadas ou recentes	.55	.80
15	Dificuldade em fazer qualquer trabalho	.54	.81
26	Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	.59	.80
27	Dificuldade em tomar decisões	.59	.80
32	Sensação de vazio na cabeça	.58	.80
36	Ter dificuldades em se concentrar	.73	.76
α global			.82
Sensibilidade interpessoal			
20	Sentir-se facilmente ofendido(a) nos seus sentimentos	.72	.86
21	Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	.77	.84
22	Sentir-se inferior aos outros	.73	.86
42	Sentir-se embaraçado(a) junto de outras pessoas	.77	.84
α global			.88

<i>Cont. do Quadro</i>			
Depressão			
09	Pensamentos de acabar com a vida	.52	.90
16	Sentir-se sozinho(a)	.80	.86
17	Sentir-se triste	.80	.86
18	Não ter interesse por nada	.91	.84
35	Sentir-se sem esperança perante o futuro	.59	.89
50	Sentir que não tem valor	.75	.87
α global			.89
Ansiedade			
01	Nervosismo ou tensão interior	.60	.85
12	Ter um medo súbito sem razão para isso	.59	.84
19	Sentir-se aterrorizado(a)	.71	.81
38	Sentir-se em estado de tensão ou de aflição	.81	.79
45	Ter ataques de terror ou de pânico	.57	.85
49	Sentir-se tão desassossegado(a) que não consegue manter-se sentado(a) quieto(a)	.71	.81
α global			.85
Hostilidade			
06	Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	.59	.85
13	Ter impulsos que não se podem controlar	.61	.84
40	Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	.76	.80
41	Ter vontade de destruir ou de partir coisas	.71	.81
46	Entrar facilmente em discussão	.68	.82
α global			.85
Ansiedade Fóbica			
08	Medo na rua ou praças públicas	.62	.70
28	Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	.44	.76
31	Ter de evitar coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	.72	.66
43	Sentir-se mal no meio das multidões, como lojas, cinemas ou assembleias	.65	.68
47	Sentir-se nervoso(a) quando tem que ficar sozinho(a)	.37	.80
α global			.77
Ideação Paranóide			
04	Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	.45	.78
10	Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	.60	.74
24	Impressão de que os outros costumam observar ou falar de si	.54	.76
48	Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	.64	.72
51	A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	.61	.73
α global			.79
Psicoticismo			
03	Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	.38	.85
14	Sentir-se sozinho(a) mesmo quando está com mais pessoas	.73	.75
34	Ter a ideia que deveria ser castigado(a) pelos seus pecados	.58	.80
44	Grande dificuldade em sentir-se “próximo” de outra pessoa	.72	.75
53	Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	.69	.76
α global			.82

Quadro 26. Consistência interna das dimensões do BSI – M no terceiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>α se o item fosse eliminado</i>
Somatização			
02	Desmaios ou tonturas	.21	.86
07	Dores sobre o coração ou no peito	.40	.85
23	Vontade de vomitar ou mal estar do estômago	.61	.81
29	Sensação de que lhe falta o ar	.82	.79
30	Calafrios ou afrontamentos	.83	.79
33	Sensação de anestesia (encorticação ou formigueiro) no corpo	.64	.81
37	Falta de forças em partes do corpo	.74	.79
α global			.84

Continuação do quadro			
Obsessão-Compulsão			
05	Dificuldade em se lembrar das coisas passadas ou recentes	.63	.79
15	Dificuldade em fazer qualquer trabalho	.55	.81
26	Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	.55	.81
27	Dificuldade em tomar decisões	.64	.79
32	Sensação de vazio na cabeça	.54	.81
36	Ter dificuldades em se concentrar	.73	.76
α global			.82
Sensibilidade interpessoal			
20	Sentir-se facilmente ofendido(a) nos seus sentimentos	.72	.74
21	Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	.63	.79
22	Sentir-se inferior aos outros	.63	.78
42	Sentir-se embaraçado(a) junto de outras pessoas	.62	.79
α global			.82
Depressão			
09	Pensamentos de acabar com a vida	.66	.85
16	Sentir-se sozinho(a)	.70	.82
17	Sentir-se triste	.71	.82
18	Não ter interesse por nada	.71	.83
35	Sentir-se sem esperança perante o futuro	.75	.81
50	Sentir que não tem valor	.64	.83
α global			.85
Ansiedade			
01	Nervosismo ou tensão interior	.58	.86
12	Ter um medo súbito sem razão para isso	.53	.85
19	Sentir-se aterrorizado(a)	.76	.81
38	Sentir-se em estado de tensão ou de aflição	.74	.81
45	Ter ataques de terror ou de pânico	.70	.83
49	tão desassossegado(a) que não consegue manter-se sentado(a) quieto(a)	.77	.80
α global			.85
Hostilidade			
06	Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	.72	.80
13	Ter impulsos que não se podem controlar	.49	.85
40	Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	.80	.78
41	Ter vontade de destruir ou de partir coisas	.75	.79
46	Entrar facilmente em discussão	.60	.83
α global			.84
Ansiedade Fóbica			
08	Medo na rua ou praças públicas	.42	.64
28	Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	.11	.73
31	Ter de evitar coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	.35	.66
43	Sentir-se mal no meio das multidões, como lojas, cinemas ou assembleia	.81	.39
47	Sentir-se nervoso(a) quando tem que ficar sozinho(a)	.54	.58
α global			.68
Ideação Paranóide			
04	Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	.57	.83
10	Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	.70	.79
24	Impressão de que os outros costumam observar ou falar de si	.72	.78
48	Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	.63	.82
51	A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	.62	.81
α global			.84
Psicoticismo			
03	Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	.36	.70
14	Sentir-se sozinho(a) mesmo quando está com mais pessoas	.52	.63
34	Ter a ideia que deveria ser castigado(a) pelos seus pecados	.53	.63
44	Grande dificuldade em sentir-se “próximo” de outra pessoa	.43	.67
53	Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	.52	.63
α global			.70

A2– 5. EASAVIC – Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal

A2 – 5.1. Amostra Feminina (EASAVIC-F)

A2 – 5.1.a. Consistência interna da EASAVIC-F no primeiro estudo

Quadro 27. Consistência interna da EASAVIC-F

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
01	O modo como gerimos a nossa situação financeira	.58	.98
02	A distribuição de tarefas domésticas	.60	.98
03	O modo como tomámos decisões	.77	.98
04	A distribuição de responsabilidades	.70	.98
05	O modo como passamos os tempos livres	.68	.98
06	A quantidade de tempos livres	.52	.98
07	O modo como nos relacionamos com os amigos	.67	.98
08	O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge	.58	.98
09	O modo como nos relacionamos com a minha família	.60	.98
10	A minha privacidade e autonomia	.69	.98
11	A privacidade e autonomia do meu cônjuge	.71	.98
12	A nossa relação com a minha profissão	.62	.98
13	A nossa relação com a profissão do meu cônjuge	.62	.98
14	A frequência com que conversamos	.82	.98
15	O modo como conversamos	.82	.98
16	Os assuntos sobre os quais conversamos	.74	.98
17	A frequência dos conflitos que temos	.65	.98
18	O modo como resolvemos os conflitos	.75	.98
19	O que sinto pelo meu cônjuge	.62	.98
20	O que o meu cônjuge sente por mim	.72	.98
21	O modo como expresso o que sinto pelo meu cônjuge	.68	.98
22	O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim	.72	.98
23	O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge	.64	.98
24	O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim	.69	.98
25	A frequência com que temos relações sexuais	.62	.98
26	O prazer que sinto quando temos relações sexuais	.69	.98
27	O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais	.71	.98
28	A qualidade das nossas relações sexuais	.70	.98
29	O apoio emocional que dou ao meu cônjuge	.78	.98
30	O apoio emocional que o meu cônjuge me dá	.82	.98
31	A confiança que tenho no meu cônjuge	.69	.98
32	A confiança que o meu cônjuge tem em mim	.71	.98
33	A admiração que sinto pelo meu cônjuge	.72	.98
34	A admiração que o meu cônjuge sente por mim	.78	.98
35	A partilha de interesses e de actividades	.73	.98
36	A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge	.67	.98
37	A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses	.73	.98
38	Os nossos projectos para o futuro	.74	.98
39	As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação	.77	.98
40	As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação	.79	.98
41	O aspecto físico do meu cônjuge	.62	.98
42	A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspecto físico	.70	.98
43	As características e hábitos do meu cônjuge	.69	.98
44	A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos	.77	.98
	α global		.98

A2 – 5.1.b. Análise Factorial da EASAVIC-F no primeiro estudo

Quadro 28. Saturações dos itens nos dois factores da EASAVIC-F

<i>Item n°</i>	<i>Factores</i>	
	<i>F1</i>	<i>F2</i>
01		.67
02		.68
03		.80
04		.74
05		.68
06		.55
07		.61
08		.46
09		.56
10		.73
11		.73
12		.62
13		.69
14		.67
15		.69
16		.62
17		.62
18		.61
19	.62	
20	.65	
21	.71	
22	.66	
23	.72	
24	.78	
25	.65	
26	.74	
27	.80	
28	.77	
29	.72	
30	.67	
31	.61	
32	.61	
33	.67	
34	.70	
35	.53	
36	.52	
37	.52	.55
38	.52	.56
39	.64	
40	.67	
41	.65	
42	.63	
43	.57	
44	.63	
Valor próprio	22.51	2.52
Variância explicada (%) (Total =56.9%)	30.2	26.7
	<i>KMO</i> = 0.955, <i>BTS</i> =17080.745, <i>p</i> < .001	
Alfa	.97	.95

A2 – 5.1.c. Consistência interna das dimensões da EASAVIC-F no primeiro estudo e das zonas focadas no casal, no outro e no próprio.

Quadro 29. Consistência interna das dimensões da EASAVIC-F no primeiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
Funcionamento do casal			
01	O modo como gerimos a nossa situação financeira	.63	.95
02	A distribuição de tarefas domésticas	.64	.95
03	O modo como tomámos decisões	.82	.94
04	A distribuição de responsabilidades	.74	.95
05	O modo como passamos os tempos livres	.70	.95
06	A quantidade de tempos livres	.54	.95
07	O modo como nos relacionamos com os amigos	.68	.95
08	O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge	.56	.95
09	O modo como nos relacionamos com a minha família	.62	.95
10	A minha privacidade e autonomia	.75	.95
11	A privacidade e autonomia do meu cônjuge	.76	.95
12	A nossa relação com a minha profissão	.65	.95
13	A nossa relação com a profissão do meu cônjuge	.68	.95
14	A frequência com que conversamos	.81	.95
15	O modo como conversamos	.82	.94
16	Os assuntos sobre os quais conversamos	.74	.95
17	A frequência dos conflitos que temos	.67	.95
18	O modo como resolvemos os conflitos	.73	.95
α global			.95
Amor			
19	O que sinto pelo meu cônjuge	.63	.97
20	O que o meu cônjuge sente por mim	.72	.97
21	O modo como expresso o que sinto pelo meu cônjuge	.71	.97
22	O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim	.73	.97
23	O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge	.68	.97
24	O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim	.75	.97
25	A frequência com que temos relações sexuais	.64	.97
26	O prazer que sinto quando temos relações sexuais	.72	.97
27	O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais	.77	.97
28	A qualidade das nossas relações sexuais	.75	.97
29	O apoio emocional que dou ao meu cônjuge	.80	.97
30	O apoio emocional que o meu cônjuge me dá	.82	.97
31	A confiança que tenho no meu cônjuge	.71	.97
32	A confiança que o meu cônjuge tem em mim	.72	.97
33	A admiração que sinto pelo meu cônjuge	.76	.97
34	A admiração que o meu cônjuge sente por mim	.81	.97
35	A partilha de interesses e de actividades	.73	.97
36	A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge	.68	.97
37	A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses	.73	.97
38	Os nossos projectos para o futuro	.72	.97
39	As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação	.78	.97
40	As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação	.80	.97
41	O aspecto físico do meu cônjuge	.67	.97
42	A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspecto físico	.72	.97
43	As características e hábitos do meu cônjuge	.71	.97
44	A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos	.78	.97
α global			.97

Quadro 30. Consistência interna das zonas da EASAVIC-F, no primeiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
Casal			
01	O modo como gerimos a nossa situação financeira	.62	.94
02	A distribuição de tarefas domésticas	.63	.94
03	O modo como tomámos decisões	.81	.94
04	A distribuição de responsabilidades	.74	.94
05	O modo como passamos os tempos livres	.71	.94
06	A quantidade de tempos livres	.54	.94
07	O modo como nos relacionamos com os amigos	.66	.94
14	A frequência com que conversamos	.83	.94
15	O modo como conversamos	.83	.94
16	Os assuntos sobre os quais conversamos	.77	.94
17	A frequência dos conflitos que temos	.66	.94
18	O modo como resolvemos os conflitos	.75	.94
25	A frequência com que temos relações sexuais	.56	.94
28	A qualidade das nossas relações sexuais	.61	.94
35	A partilha de interesses e de actividades	.69	.94
38	Os nossos projectos para o futuro	.71	.94
α global			.94
O outro			
08	O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge	.57	.94
11	A privacidade e autonomia do meu cônjuge	.66	.94
13	A nossa relação com a profissão do meu cônjuge	.55	.94
20	O que o meu cônjuge sente por mim	.72	.93
22	O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim	.72	.93
24	O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim	.69	.93
27	O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais	.72	.93
30	O apoio emocional que o meu cônjuge me dá	.78	.93
32	A confiança que o meu cônjuge tem em mim	.73	.93
34	A admiração que o meu cônjuge sente por mim	.81	.93
37	A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses	.70	.93
40	As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação	.79	.93
42	A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspecto físico	.73	.93
44	A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos	.77	.93
α global			.94
O próprio			
09	O modo como nos relacionamos com a minha família	.55	.92
10	A minha privacidade e autonomia	.62	.92
12	A nossa relação com a minha profissão	.56	.92
19	O que sinto pelo meu cônjuge	.62	.92
21	O modo como expresso o que sinto pelo meu cônjuge	.70	.92
23	O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge	.64	.92
26	O prazer que sinto quando temos relações sexuais	.69	.92
29	O apoio emocional que dou ao meu cônjuge	.79	.91
31	A confiança que tenho no meu cônjuge	.68	.92
33	A admiração que sinto pelo meu cônjuge	.73	.92
36	A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge	.63	.92
39	As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação	.74	.92
41	O aspecto físico do meu cônjuge	.63	.92
43	As características e hábitos do meu cônjuge	.66	.92
α global			.92

A2 – 5.2. Amostra masculina (EASAVIC-M)

A2 – 5.2.a. Consistência interna da EASAVIC-M no primeiro estudo

Quadro 31. Consistência interna da EASAVIC-M

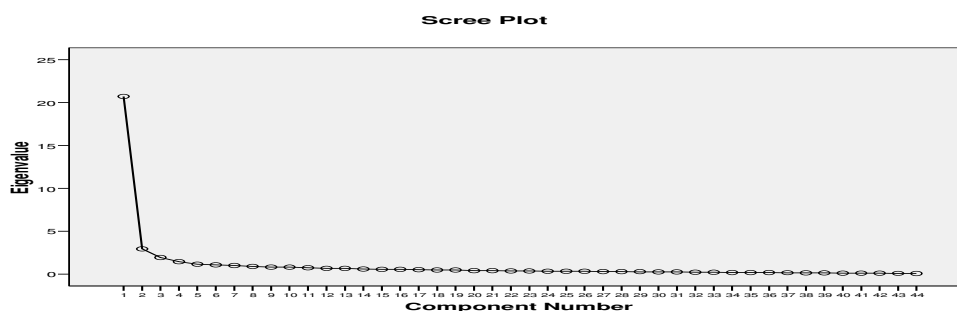
<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
01	O modo como gerimos a nossa situação financeira	.59	.97
02	A distribuição de tarefas domésticas	.58	.97
03	O modo como tomámos decisões	.69	.97
04	A distribuição de responsabilidades	.65	.97
05	O modo como passamos os tempos livres	.61	.97
06	A quantidade de tempos livres	.39	.97
07	O modo como nos relacionamos com os amigos	.58	.97
08	O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge	.60	.97
09	O modo como nos relacionamos com a minha família	.56	.97
10	A minha privacidade e autonomia	.72	.97
11	A privacidade e autonomia do meu cônjuge	.72	.97
12	A nossa relação com a minha profissão	.58	.97
13	A nossa relação com a profissão do meu cônjuge	.56	.97
14	A frequência com que conversamos	.76	.97
15	O modo como conversamos	.77	.97
16	Os assuntos sobre os quais conversamos	.76	.97
17	A frequência dos conflitos que temos	.58	.97
18	O modo como resolvemos os conflitos	.68	.97
19	O que sinto pelo meu cônjuge	.62	.97
20	O que o meu cônjuge sente por mim	.68	.97
21	O modo como expresso o que sinto pelo meu cônjuge	.69	.97
22	O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim	.70	.97
23	O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge	.64	.97
24	O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim	.65	.97
25	A frequência com que temos relações sexuais	.52	.97
26	O prazer que sinto quando temos relações sexuais	.60	.97
27	O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais	.65	.97
28	A qualidade das nossas relações sexuais	.57	.97
29	O apoio emocional que dou ao meu cônjuge	.77	.97
30	O apoio emocional que o meu cônjuge me dá	.78	.97
31	A confiança que tenho no meu cônjuge	.64	.97
32	A confiança que o meu cônjuge tem em mim	.65	.97
33	A admiração que sinto pelo meu cônjuge	.70	.97
34	A admiração que o meu cônjuge sente por mim	.77	.97
35	A partilha de interesses e de actividades	.72	.97
36	A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge	.72	.97
37	A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses	.70	.97
38	Os nossos projectos para o futuro	.70	.97
39	As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação	.72	.97
40	As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação	.73	.97
41	O aspecto físico do meu cônjuge	.70	.97
42	A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspecto físico	.72	.97
43	As características e hábitos do meu cônjuge	.70	.97
44	A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos	.73	.97
	α global		.97

A2 – 5.2.b. Análise Factorial da EASAVIC-M no primeiro estudo

Quadro 32. Saturações dos itens nos dois factores da EASAVIC-M

Item nº	Factores	
	F1	F2
01		.70
02		.69
03		.76
04		.75
05		.62
06		.48
07		.59
08		.52
09		.52
10		.73
11		.73
12		.67
13		.61
14		.69
15		.71
16		.72
17		.55
18		.58
19	.59	
20	.60	
21	.59	
22	.59	
23	.70	
24	.70	
25	.55	
26	.71	
27	.70	
28	.62	
29	.72	
30	.73	
31	.65	
32	.64	
33	.74	
34	.78	
35	.61	
36	.66	
37	.66	
38	.57	
39	.69	
40	.71	
41	.75	
42	.75	
43	.68	
44	.67	
Valor próprio	20.71	2.93
Variância explicada (%) (Total = 53.7%)	30.4	23.4
	<i>KMO</i> = 0.95, <i>BTS</i> =15163.88, <i>p</i> < .001	
Alfa	.97	.94

Gráfico 4. Scree plot para os dados da EASAVIC - M



A2 – 5.2.c. Consistência interna das dimensões e zonas da EASAVIC-M no primeiro estudo

Quadro 33. Consistência interna das dimensões da EASAVIC-M no primeiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>α se o item fosse eliminado</i>
Funcionamento do casal			
01	O modo como gerimos a nossa situação financeira	.66	.94
02	A distribuição de tarefas domésticas	.65	.94
03	O modo como tomámos decisões	.76	.94
04	A distribuição de responsabilidades	.73	.94
05	O modo como passamos os tempos livres	.64	.94
06	A quantidade de tempos livres	.43	.94
07	O modo como nos relacionamos com os amigos	.61	.94
08	O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge	.60	.94
09	O modo como nos relacionamos com a minha família	.57	.94
10	A minha privacidade e autonomia	.77	.94
11	A privacidade e autonomia do meu cônjuge	.77	.94
12	A nossa relação com a minha profissão	.65	.94
13	A nossa relação com a profissão do meu cônjuge	.60	.94
14	A frequência com que conversamos	.77	.94
15	O modo como conversamos	.78	.94
16	Os assuntos sobre os quais conversamos	.79	.94
17	A frequência dos conflitos que temos	.59	.94
18	O modo como resolvemos os conflitos	.67	.94
	α global		.94
Amor			
19	O que sinto pelo meu cônjuge	.63	.96
20	O que o meu cônjuge sente por mim	.69	.96
21	O modo como expresso o que sinto pelo meu cônjuge	.69	.96
22	O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim	.69	.96
23	O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge	.69	.96
24	O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim	.70	.96
25	A frequência com que temos relações sexuais	.55	.97
26	O prazer que sinto quando temos relações sexuais	.66	.96
27	O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais	.70	.96
28	A qualidade das nossas relações sexuais	.61	.96
29	O apoio emocional que dou ao meu cônjuge	.79	.96
30	O apoio emocional que o meu cônjuge me dá	.81	.96
31	A confiança que tenho no meu cônjuge	.67	.96
32	A confiança que o meu cônjuge tem em mim	.68	.96
33	A admiração que sinto pelo meu cônjuge	.75	.96
34	A admiração que o meu cônjuge sente por mim	.82	.96
35	A partilha de interesses e de actividades	.71	.96
36	A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge	.74	.96
37	A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses	.73	.96
38	Os nossos projectos para o futuro	.68	.96
39	As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação	.74	.96
40	As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação	.76	.96
41	O aspecto físico do meu cônjuge	.76	.96
42	A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspecto físico	.77	.96
43	As características e hábitos do meu cônjuge	.72	.96
44	A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos	.75	.96
	α global		.97

Continuação do Quadro

Casal		
01	O modo como gerimos a nossa situação financeira	.65 .92
02	A distribuição de tarefas domésticas	.63 .92
03	O modo como tomámos decisões	.74 .92
04	A distribuição de responsabilidades	.69 .92
05	O modo como passamos os tempos livres	.66 .92
06	A quantidade de tempos livres	.45 .93
07	O modo como nos relacionamos com os amigos	.58 .92
14	A frequência com que conversamos	.77 .92
15	O modo como conversamos	.78 .92
16	Os assuntos sobre os quais conversamos	.78 .92
17	A frequência dos conflitos que temos	.58 .92
18	O modo como resolvemos os conflitos	.68 .92
25	A frequência com que temos relações sexuais	.46 .93
28	A qualidade das nossas relações sexuais	.47 .92
35	A partilha de interesses e de actividades	.67 .92
38	Os nossos projectos para o futuro	.65 .92
	α global	.93
	O outro	
08	O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge	.54 .93
11	A privacidade e autonomia do meu cônjuge	.64 .93
13	A nossa relação com a profissão do meu cônjuge	.48 .93
20	O que o meu cônjuge sente por mim	.72 .92
22	O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim	.73 .92
24	O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim	.68 .93
27	O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais	.66 .93
30	O apoio emocional que o meu cônjuge me dá	.78 .92
32	A confiança que o meu cônjuge tem em mim	.67 .93
34	A admiração que o meu cônjuge sente por mim	.80 .92
37	A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses	.67 .93
40	As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação	.72 .92
42	A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspecto físico	.74 .92
44	A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos	.71 .92
	α global	.93
	O próprio	
09	O modo como nos relacionamos com a minha família	.49 .93
10	A minha privacidade e autonomia	.63 .92
12	A nossa relação com a minha profissão	.51 .93
19	O que sinto pelo meu cônjuge	.65 .92
21	O modo como expresso o que sinto pelo meu cônjuge	.69 .92
23	O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge	.69 .92
26	O prazer que sinto quando temos relações sexuais	.62 .92
29	O apoio emocional que dou ao meu cônjuge	.76 .92
31	A confiança que tenho no meu cônjuge	.66 .92
33	A admiração que sinto pelo meu cônjuge	.75 .92
36	A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge	.69 .92
39	As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação	.72 .92
41	O aspecto físico do meu cônjuge	.74 .92
43	As características e hábitos do meu cônjuge	.70 .92
	α global	.92

A2 – 5.3. Consistência interna da EASAVIC no terceiro estudo

A2 – 5.3.a. Amostra feminina (EASAVIC-F)

Quadro 34. Consistência interna da EASAVIC-F no terceiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
01	O modo como gerimos a nossa situação financeira	.41	.97
02	A distribuição de tarefas domésticas	.33	.97
03	O modo como tomámos decisões	.63	.97
04	A distribuição de responsabilidades	.50	.97
05	O modo como passamos os tempos livres	.71	.97
06	A quantidade de tempos livres	.39	.97
07	O modo como nos relacionamos com os amigos	.62	.97
08	O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge	.26	.97
09	O modo como nos relacionamos com a minha família	.52	.97
10	A minha privacidade e autonomia	.63	.97
11	A privacidade e autonomia do meu cônjuge	.61	.97
12	A nossa relação com a minha profissão	.43	.97
13	A nossa relação com a profissão do meu cônjuge	.39	.97
14	A frequência com que conversamos	.73	.97
15	O modo como conversamos	.80	.97
16	Os assuntos sobre os quais conversamos	.79	.97
17	A frequência dos conflitos que temos	.56	.97
18	O modo como resolvemos os conflitos	.74	.97
19	O que sinto pelo meu cônjuge	.73	.97
20	O que o meu cônjuge sente por mim	.79	.97
21	O modo como expresse o que sinto pelo meu cônjuge	.68	.97
22	O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim	.85	.97
23	O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge	.68	.97
24	O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim	.82	.97
25	A frequência com que temos relações sexuais	.65	.97
26	O prazer que sinto quando temos relações sexuais	.70	.97
27	O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais	.77	.97
28	A qualidade das nossas relações sexuais	.68	.97
29	O apoio emocional que dou ao meu cônjuge	.78	.97
30	O apoio emocional que o meu cônjuge me dá	.86	.97
31	A confiança que tenho no meu cônjuge	.73	.97
32	A confiança que o meu cônjuge tem em mim	.72	.97
33	A admiração que sinto pelo meu cônjuge	.76	.97
34	A admiração que o meu cônjuge sente por mim	.79	.97
35	A partilha de interesses e de actividades	.79	.97
36	A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge	.76	.97
37	A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses	.85	.97
38	Os nossos projectos para o futuro	.80	.97
39	As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação	.85	.97
40	As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação	.79	.97
41	O aspecto físico do meu cônjuge	.52	.97
42	A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspecto físico	.57	.97
43	As características e hábitos do meu cônjuge	.67	.97
44	A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos	.60	.97
α global			.97

Quadro 35. Consistência interna das dimensões da EASAVIC-F no terceiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
Funcionamento do casal			
01	O modo como gerimos a nossa situação financeira	.46	.91
02	A distribuição de tarefas domésticas	.50	.91
03	O modo como tomámos decisões	.73	.91
04	A distribuição de responsabilidades	.62	.91
05	O modo como passamos os tempos livres	.67	.91
06	A quantidade de tempos livres	.44	.92
07	O modo como nos relacionamos com os amigos	.56	.91
08	O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge	.26	.92
09	O modo como nos relacionamos com a minha família	.45	.91
10	A minha privacidade e autonomia	.70	.91
11	A privacidade e autonomia do meu cônjuge	.69	.91
12	A nossa relação com a minha profissão	.45	.92
13	A nossa relação com a profissão do meu cônjuge	.52	.91
14	A frequência com que conversamos	.69	.91
15	O modo como conversamos	.75	.91
16	Os assuntos sobre os quais conversamos	.74	.91
17	A frequência dos conflitos que temos	.63	.91
18	O modo como resolvemos os conflitos	.73	.91
	α global		.92
Amor			
19	O que sinto pelo meu cônjuge	.80	.97
20	O que o meu cônjuge sente por mim	.83	.97
21	O modo como expresso o que sinto pelo meu cônjuge	.71	.97
22	O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim	.88	.97
23	O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge	.69	.97
24	O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim	.82	.97
25	A frequência com que temos relações sexuais	.71	.97
26	O prazer que sinto quando temos relações sexuais	.76	.97
27	O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais	.81	.97
28	A qualidade das nossas relações sexuais	.74	.97
29	O apoio emocional que dou ao meu cônjuge	.81	.97
30	O apoio emocional que o meu cônjuge me dá	.87	.97
31	A confiança que tenho no meu cônjuge	.74	.97
32	A confiança que o meu cônjuge tem em mim	.72	.97
33	A admiração que sinto pelo meu cônjuge	.80	.97
34	A admiração que o meu cônjuge sente por mim	.82	.97
35	A partilha de interesses e de actividades	.77	.97
36	A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge	.73	.97
37	A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses	.82	.97
38	Os nossos projectos para o futuro	.81	.97
39	As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação	.90	.97
40	As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação	.83	.97
41	O aspecto físico do meu cônjuge	.56	.97
42	A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspecto físico	.57	.97
43	As características e hábitos do meu cônjuge	.67	.97
44	A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos	.60	.97
	α global		.97

Quadro 36. Consistência interna das zonas da EASAVIC-F, no terceiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
Casal			
01	O modo como gerimos a nossa situação financeira	.46	.93
02	A distribuição de tarefas domésticas	.46	.93
03	O modo como tomámos decisões	.66	.92
04	A distribuição de responsabilidades	.56	.93
05	O modo como passamos os tempos livres	.72	.92
06	A quantidade de tempos livres	.43	.93
07	O modo como nos relacionamos com os amigos	.57	.93
14	A frequência com que conversamos	.74	.92
15	O modo como conversamos	.81	.92
16	Os assuntos sobre os quais conversamos	.79	.92
17	A frequência dos conflitos que temos	.65	.92
18	O modo como resolvemos os conflitos	.80	.92
25	A frequência com que temos relações sexuais	.53	.93
28	A qualidade das nossas relações sexuais	.54	.93
35	A partilha de interesses e de actividades	.80	.92
38	Os nossos projectos para o futuro	.75	.92
α global			.93
o outro			
08	O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge	.24	.94
11	A privacidade e autonomia do meu cônjuge	.58	.92
13	A nossa relação com a profissão do meu cônjuge	.34	.93
20	O que o meu cônjuge sente por mim	.76	.92
22	O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim	.83	.91
24	O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim	.80	.92
27	O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais	.76	.92
30	O apoio emocional que o meu cônjuge me dá	.81	.92
32	A confiança que o meu cônjuge tem em mim	.75	.92
34	A admiração que o meu cônjuge sente por mim	.77	.92
37	A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses	.78	.92
40	As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação	.80	.92
42	A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspecto físico	.61	.92
44	A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos	.61	.92
α global			.93
o próprio			
09	O modo como nos relacionamos com a minha família	.54	.92
10	A minha privacidade e autonomia	.55	.92
12	A nossa relação com a minha profissão	.38	.93
19	O que sinto pelo meu cônjuge	.78	.92
21	O modo como expresso o que sinto pelo meu cônjuge	.65	.92
23	O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge	.65	.92
26	O prazer que sinto quando temos relações sexuais	.74	.92
29	O apoio emocional que dou ao meu cônjuge	.77	.92
31	A confiança que tenho no meu cônjuge	.75	.92
33	A admiração que sinto pelo meu cônjuge	.80	.92
36	A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge	.68	.92
39	As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação	.86	.91
41	O aspecto físico do meu cônjuge	.58	.92
43	As características e hábitos do meu cônjuge	.63	.92
α global			.92

A2 – 5.3.b. Amostra masculina (EASAVIC-M)

Quadro 37. Consistência interna da EASAVIC-M no terceiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>α se o item fosse eliminado</i>
01	O modo como gerimos a nossa situação financeira	.63	.98
02	A distribuição de tarefas domésticas	.66	.98
03	O modo como tomámos decisões	.75	.98
04	A distribuição de responsabilidades	.73	.98
05	O modo como passamos os tempos livres	.64	.98
06	A quantidade de tempos livres	.41	.98
07	O modo como nos relacionamos com os amigos	.57	.98
08	O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge	.70	.98
09	O modo como nos relacionamos com a minha família	.60	.98
10	A minha privacidade e autonomia	.80	.98
11	A privacidade e autonomia do meu cônjuge	.81	.98
12	A nossa relação com a minha profissão	.61	.98
13	A nossa relação com a profissão do meu cônjuge	.63	.98
14	A frequência com que conversamos	.63	.98
15	O modo como conversamos	.79	.98
16	Os assuntos sobre os quais conversamos	.71	.98
17	A frequência dos conflitos que temos	.72	.98
18	O modo como resolvemos os conflitos	.82	.98
19	O que sinto pelo meu cônjuge	.68	.98
20	O que o meu cônjuge sente por mim	.56	.98
21	O modo como expresso o que sinto pelo meu cônjuge	.76	.98
22	O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim	.61	.98
23	O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge	.50	.99
24	O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim	.71	.98
25	A frequência com que temos relações sexuais	.47	.98
26	O prazer que sinto quando temos relações sexuais	.81	.98
27	O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais	.77	.98
28	A qualidade das nossas relações sexuais	.75	.98
29	O apoio emocional que dou ao meu cônjuge	.76	.98
30	O apoio emocional que o meu cônjuge me dá	.86	.98
31	A confiança que tenho no meu cônjuge	.77	.98
32	A confiança que o meu cônjuge tem em mim	.82	.98
33	A admiração que sinto pelo meu cônjuge	.80	.98
34	A admiração que o meu cônjuge sente por mim	.85	.98
35	A partilha de interesses e de actividades	.81	.98
36	A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge	.60	.98
37	A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses	.81	.98
38	Os nossos projectos para o futuro	.81	.98
39	As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação	.83	.98
40	As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação	.81	.98
41	O aspecto físico do meu cônjuge	.49	.99
42	A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspecto físico	.81	.98
43	As características e hábitos do meu cônjuge	.77	.98
44	A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos	.85	.98
	α global		.98

Quadro 38. Consistência interna das dimensões da EASAVIC-M no terceiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
Funcionamento do casal			
01	O modo como gerimos a nossa situação financeira	.70	.95
02	A distribuição de tarefas domésticas	.74	.95
03	O modo como tomámos decisões	.81	.95
04	A distribuição de responsabilidades	.77	.95
05	O modo como passamos os tempos livres	.68	.95
06	A quantidade de tempos livres	.44	.96
07	O modo como nos relacionamos com os amigos	.64	.95
08	O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge	.77	.95
09	O modo como nos relacionamos com a minha família	.69	.95
10	A minha privacidade e autonomia	.84	.95
11	A privacidade e autonomia do meu cônjuge	.82	.95
12	A nossa relação com a minha profissão	.70	.95
13	A nossa relação com a profissão do meu cônjuge	.67	.95
14	A frequência com que conversamos	.64	.95
15	O modo como conversamos	.82	.95
16	Os assuntos sobre os quais conversamos	.74	.95
17	A frequência dos conflitos que temos	.74	.95
18	O modo como resolvemos os conflitos	.84	.95
α global			.96
Amor			
19	O que sinto pelo meu cônjuge	.65	.97
20	O que o meu cônjuge sente por mim	.60	.97
21	O modo como expresso o que sinto pelo meu cônjuge	.76	.97
22	O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim	.61	.97
23	O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge	.57	.97
24	O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim	.79	.97
25	A frequência com que temos relações sexuais	.54	.97
26	O prazer que sinto quando temos relações sexuais	.85	.97
27	O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais	.85	.97
28	A qualidade das nossas relações sexuais	.77	.97
29	O apoio emocional que dou ao meu cônjuge	.74	.97
30	O apoio emocional que o meu cônjuge me dá	.88	.97
31	A confiança que tenho no meu cônjuge	.80	.97
32	A confiança que o meu cônjuge tem em mim	.83	.97
33	A admiração que sinto pelo meu cônjuge	.82	.97
34	A admiração que o meu cônjuge sente por mim	.87	.97
35	A partilha de interesses e de actividades	.79	.97
36	A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge	.63	.97
37	A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses	.82	.97
38	Os nossos projectos para o futuro	.82	.97
39	As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação	.87	.97
40	As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação	.86	.97
41	O aspecto físico do meu cônjuge	.51	.97
42	A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspecto físico	.83	.97
43	As características e hábitos do meu cônjuge	.78	.97
44	A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos	.85	.97
α global			.97

Quadro 39. Consistência interna das zonas da EASAVIC-M no terceiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
Casal			
01	O modo como gerimos a nossa situação financeira	.72	.94
02	A distribuição de tarefas domésticas	.69	.94
03	O modo como tomámos decisões	.80	.94
04	A distribuição de responsabilidades	.73	.94
05	O modo como passamos os tempos livres	.74	.94
06	A quantidade de tempos livres	.44	.94
07	O modo como nos relacionamos com os amigos	.62	.94
14	A frequência com que conversamos	.68	.94
15	O modo como conversamos	.82	.93
16	Os assuntos sobre os quais conversamos	.73	.94
17	A frequência dos conflitos que temos	.73	.94
18	O modo como resolvemos os conflitos	.81	.93
25	A frequência com que temos relações sexuais	.39	.95
28	A qualidade das nossas relações sexuais	.64	.94
35	A partilha de interesses e de actividades	.79	.94
38	Os nossos projectos para o futuro	.76	.94
α global			.94
O outro			
08	O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge	.63	.95
11	A privacidade e autonomia do meu cônjuge	.77	.95
13	A nossa relação com a profissão do meu cônjuge	.56	.96
20	O que o meu cônjuge sente por mim	.57	.96
22	O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim	.61	.96
24	O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim	.78	.95
27	O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais	.84	.95
30	O apoio emocional que o meu cônjuge me dá	.88	.95
32	A confiança que o meu cônjuge tem em mim	.81	.95
34	A admiração que o meu cônjuge sente por mim	.87	.95
37	A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses	.80	.95
40	As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação	.82	.95
42	A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspecto físico	.84	.95
44	A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos	.85	.95
α global			.96
O próprio			
09	O modo como nos relacionamos com a minha família	.55	.93
10	A minha privacidade e autonomia	.73	.93
12	A nossa relação com a minha profissão	.56	.93
19	O que sinto pelo meu cônjuge	.68	.93
21	O modo como expesso o que sinto pelo meu cônjuge	.77	.93
23	O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge	.57	.93
26	O prazer que sinto quando temos relações sexuais	.78	.93
29	O apoio emocional que dou ao meu cônjuge	.75	.93
31	A confiança que tenho no meu cônjuge	.78	.92
33	A admiração que sinto pelo meu cônjuge	.81	.93
36	A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge	.53	.93
39	As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação	.83	.92
41	O aspecto físico do meu cônjuge	.55	.93
43	As características e hábitos do meu cônjuge	.73	.93
α global			.93

A2 – 6. MPAAS – Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale (Condon, 1993; Escala de Vinculação Pré-Natal Materna e Paterna – EVPNM e EVPNP, adaptação para português de Camarneiro & Justo, 2007; 2010)

A2 – 6.1. Consistência interna da Escala de Vinculação Pré-Natal Materna (EVPNM)

Quadro 40. Consistência interna da EVPNM

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
01	Nas <u>duas últimas</u> semanas, tenho pensado no bebé que tenho dentro de mim ou tenho-me sentido preocupada com ele ...	.31	.73
02	Nas <u>duas últimas</u> semanas, ao falar ou ao pensar no bebé que tenho dentro de mim, tive sentimentos e emoções que foram ...	.50	.72
03	Nas <u>duas últimas</u> semanas, os meus sentimentos para com o bebé que tenho dentro de mim têm sido ...	.44	.72
04	Nas <u>duas últimas</u> semanas, tenho sentido o desejo de ler ou obter informação acerca do bebé em desenvolvimento. Este desejo é ...	.41	.72
05	Nas <u>duas últimas</u> semanas, tenho tentado imaginar qual será a aparência real do bebé em desenvolvimento no meu útero ...	.49	.71
06	Nas <u>duas últimas</u> semanas, eu penso no bebé em desenvolvimento, principalmente como ...	.26	.74
07	Nas <u>duas últimas</u> semanas, senti que o bebé que está dentro do meu útero, depende de mim para o seu bem estar ...	.33	.73
08	Nas <u>duas últimas</u> semanas, dei por mim a falar para o meu bebé quando estou sozinha ...	.47	.72
09	Nas <u>duas últimas</u> semanas, quando penso no bebé que tenho dentro de mim ou falo para ele, os meus pensamentos ...	.35	.73
10	A <u>imagem</u> que eu tenho da aparência do bebé dentro do meu útero, neste momento é ...	.24	.74
11	Nas <u>duas últimas</u> semanas, quando penso no bebé que trago no meu ventre, os meus sentimentos são ...	.46	.72
12	<u>Algumas mulheres grávidas</u> , às vezes, ficam tão irritadas com o bebé que trazem no seu ventre que sentem como se tivessem vontade de magoá-lo ou castigá-lo ...	.20	.74
13	Nas <u>duas últimas</u> semanas, tenho-me sentido ...	.58	.71
14	Nas <u>duas últimas</u> semanas, tive cuidado com aquilo que comi para me certificar que o bebé recebe uma boa dieta ...	.14	.75
15	Quando vir o meu bebé pela <u>primeira vez</u> depois de nascer, espero sentir	.23	.74
16	<u>Quando o meu bebé</u> nascer, eu gostaria de pegar nele ...	.08	.74
17	Nas <u>duas últimas</u> semanas, tenho sonhado com a gravidez ou com o bebé ...	.29	.74
18	Nas <u>duas últimas</u> semanas, dei por mim a sentir ou a acariciar com a mão a minha barriga no sítio onde o bebé se encontra ...	.37	.73
19	<u>Se a gravidez</u> se perdesse neste momento (espontaneamente ou devido a qualquer acidente) sem disso resultar dor ou lesão para mim, penso que iria sentir-me ...	.01	.75
α global			.74

Quadro 41. Consistência interna da EVPNM depois de retirados os itens 19 e 16

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
01	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tenho pensado no bebê que tenho dentro de mim ou tenho-me sentido preocupada com ele ...	.31	.74
02	<u>Nas duas últimas</u> semanas, ao falar ou ao pensar no bebê que tenho dentro de mim, tive sentimentos e emoções que foram ...	.50	.73
03	<u>Nas duas últimas</u> semanas, os meus sentimentos para com o bebê que tenho dentro de mim têm sido ...	.45	.73
04	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tenho sentido o desejo de ler ou obter informação acerca do bebê em desenvolvimento. Este desejo é ...	.41	.73
05	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tenho tentado imaginar qual será a aparência real do bebê em desenvolvimento no meu útero ...	.49	.72
06	<u>Nas duas últimas</u> semanas, eu penso no bebê em desenvolvimento, principalmente como ...	.27	.74
07	<u>Nas duas últimas</u> semanas, senti que o bebê que está dentro do meu útero, depende de mim para o seu bem estar ...	.32	.74
08	<u>Nas duas últimas</u> semanas, dei por mim a falar para o meu bebê quando estou sozinha ...	.47	.72
09	<u>Nas duas últimas</u> semanas, quando penso no bebê que tenho dentro de mim ou falo para ele, os meus pensamentos ...	.34	.74
10	A <u>imagem</u> que eu tenho da aparência do bebê dentro do meu útero, neste momento é ...	.25	.75
11	<u>Nas duas últimas</u> semanas, quando penso no bebê que trago no meu ventre, os meus sentimentos são ...	.47	.73
12	<u>Algumas mulheres grávidas</u> , às vezes, ficam tão irritadas com o bebê que trazem no seu ventre que sentem como se tivessem vontade de magoá-lo ou castigá-lo ...	.20	.75
13	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tenho-me sentido ...	.58	.72
14	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tive cuidado com aquilo que comi para me certificar que o bebê recebe uma boa dieta ...	.13	.76
15	Quando vir o meu bebê pela <u>primeira vez</u> depois de nascer, espero sentir	.19	.75
17	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tenho sonhado com a gravidez ou com o bebê ...	.30	.75
18	<u>Nas duas últimas</u> semanas, dei por mim a sentir ou a acariciar com a mão a minha barriga no sítio onde o bebê se encontra ...	.36	.74
α global			.75

Quadro 42. Consistência interna da EVPNM*

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
01	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tenho pensado no bebê que tenho dentro de mim ou tenho-me sentido preocupada com ele ...	.32	.75
02	<u>Nas duas últimas</u> semanas, ao falar ou ao pensar no bebê que tenho dentro de mim, tive sentimentos e emoções que foram ...	.49	.74
03	<u>Nas duas últimas</u> semanas, os meus sentimentos para com o bebê que tenho dentro de mim têm sido ...	.46	.74
04	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tenho sentido o desejo de ler ou obter informação acerca do bebê em desenvolvimento. Este desejo é ...	.41	.74
05	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tenho tentado imaginar qual será a aparência real do bebê em desenvolvimento no meu útero ...	.51	.73
06	<u>Nas duas últimas</u> semanas, eu penso no bebê em desenvolvimento, principalmente como ...	.28	.75
07	<u>Nas duas últimas</u> semanas, senti que o bebê que está dentro do meu útero, depende de mim para o seu bem estar ...	.29	.75
08	<u>Nas duas últimas</u> semanas, dei por mim a falar para o meu bebê quando estou sozinha ...	.47	.74
09	<u>Nas duas últimas</u> semanas, quando penso no bebê que tenho dentro de mim ou falo para ele, os meus pensamentos ...	.34	.75
10	A <u>imagem</u> que eu tenho da aparência do bebê dentro do meu útero, neste momento é ...	.24	.76
11	<u>Nas duas últimas</u> semanas, quando penso no bebê que trago no meu ventre, os meus sentimentos são ...	.46	.74
12	<u>Algumas mulheres grávidas</u> , às vezes, ficam tão irritadas com o bebê que trazem no seu ventre que sentem como se tivessem vontade de magoá-lo ou castigá-lo ...	.20	.76
13	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tenho-me sentido ...	.58	.73
17	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tenho sonhado com a gravidez ou com o bebê ...	.31	.76
18	<u>Nas duas últimas</u> semanas, dei por mim a sentir ou a acariciar com a mão a minha barriga no sítio onde o bebê se encontra ...	.37	.75
α global			.76

*depois de retirados os itens 14 e 15

A2 – 6.2. Análise Factorial da Escala de Vinculação Pré-Natal Materna (EVPNM)

Quadro 43. Saturações dos itens nos dois factores da EVPNM

Item nº	Factores	
	F1	F2
01		.57
02	.54	.35
03	.64	.21
04	.27	.47
05		.69
06	.35	
07	.35	
08	.28	.55
09	.64	
10	.21	.26
11	.74	
12	.37	
13	.62	.38
17		.67
18	.29	.39
Valor próprio	3.88	1.23
Variância explicada (%) (total = 34.1%)	18.2	15.9
<i>KMO= 0.85; BTS=1007.35; P < .001</i>		
Alfa	.71	.62

A2 – 6.3. Consistência interna das dimensões da EVPNM

Quadro 44. Consistência interna das dimensões da EVPNM

Nº	Item	Correlação item-total	a se o item fosse eliminado
QVM			
02	Nas duas últimas semanas, ao falar ou ao pensar no bebé que tenho dentro de mim, tive sentimentos e emoções que foram ...	.47	.66
03	Nas duas últimas semanas, os meus sentimentos para com o bebé que tenho dentro de mim têm sido ...	.48	.66
06	Nas duas últimas semanas, eu penso no bebé em desenvolvimento, principalmente como ...	.26	.72
07	Nas duas últimas semanas, senti que o bebé que está dentro do meu útero, depende de mim para o seu bem estar ...	.28	.70
09	Nas duas últimas semanas, quando penso no bebé que tenho dentro de mim ou falo para ele, os meus pensamentos ...	.40	.68
11	Nas duas últimas semanas, quando penso no bebé que trago no meu ventre, os meus sentimentos são ...	.54	.65
12	Algumas mulheres grávidas, às vezes, ficam tão irritadas com o bebé que trazem no seu ventre que sentem como se tivessem vontade de magoá-lo ou castigá-lo ...	.23	.71
13	Nas duas últimas semanas, tenho-me sentido ...	.56	.64
α global			.71
IPM			
01	Nas duas últimas semanas, tenho pensado no bebé que tenho dentro de mim ou tenho-me sentido preocupada com ele ...	.30	.59
04	Nas duas últimas semanas, tenho sentido o desejo de ler ou obter informação acerca do bebé em desenvolvimento. Este desejo é ...	.34	.58
05	Nas duas últimas semanas, tenho tentado imaginar qual será a aparência real do bebé em desenvolvimento no meu útero ...	.49	.52
08	Nas duas últimas semanas, dei por mim a falar para o meu bebé quando estou sozinha ...	.40	.56
10	A imagem que eu tenho da aparência do bebé dentro do meu útero, neste momento é ...	.20	.63
17	Nas duas últimas semanas, tenho sonhado com a gravidez ou com o bebé ...	.36	.58
18	Nas duas últimas semanas, dei por mim a sentir ou a acariciar com a mão a minha barriga no sítio onde o bebé se encontra ...	.31	.60
α global			.62

A2 – 6.4. Consistência interna da EVPNP

Quadro 45. Consistência interna da EVPNP

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
01	Nas duas últimas semanas, tenho pensado no bebê em desenvolvimento ou tenho-me sentido preocupado com ele ...	.46	.78
02	Nas duas últimas semanas, ao falar ou ao pensar no bebê em desenvolvimento, tive sentimentos e emoções que foram ...	.50	.78
03	Nas duas últimas semanas, os meus sentimentos para com o bebê em desenvolvimento, têm sido ...	.45	.79
04	Nas duas últimas semanas, tenho sentido o desejo de ler ou obter informação acerca do bebê em desenvolvimento. Este desejo é ...	.49	.78
05	Nas duas últimas semanas, tenho tentado imaginar qual será a aparência real do bebê em desenvolvimento no útero da minha mulher ...	.50	.78
06	Nas duas últimas semanas, eu penso no bebê em desenvolvimento, principalmente como ...	.34	.79
07	Nas duas últimas semanas, quando penso no bebê em desenvolvimento, os meus pensamentos ...	.44	.79
08	Nas duas últimas semanas, as minhas ideias acerca dos nomes possíveis para o bebê têm sido ...	.34	.79
09	Nas duas últimas semanas, quando penso no bebê em desenvolvimento, os meus sentimentos são ...	.51	.78
10	Nas duas últimas semanas, tenho pensado em que tipo de criança o bebê se vai tornar ...	.41	.79
11	Nas duas últimas semanas, tenho-me sentido ...	.56	.78
12	Quando vir o bebê pela primeira vez depois de nascer, espero sentir ...	.37	.79
13	Quando o bebê nascer, eu gostaria de pegar nele ...	.37	.79
14	Nas duas últimas semanas, tenho sonhado com a gravidez ou com o bebê...	.36	.79
15	Nas duas últimas semanas, dei por mim a sentir ou a acariciar com a minha mão a barriga da minha mulher no sítio onde o bebê se encontra ...	.41	.79
16	Se a gravidez se perdesse neste momento (espontaneamente ou devido a qualquer acidente) sem disso resultar dor ou lesão para a minha mulher, penso que iria sentir-me ...	.14	.80
α global			.80

Quadro 46. Consistência interna da EVPNP*

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
01	Nas duas últimas semanas, tenho pensado no bebê em desenvolvimento ou tenho-me sentido preocupado com ele ...	.46	.78
02	Nas duas últimas semanas, ao falar ou ao pensar no bebê em desenvolvimento, tive sentimentos e emoções que foram ...	.50	.78
03	Nas duas últimas semanas, os meus sentimentos para com o bebê em desenvolvimento, têm sido ...	.44	.79
04	Nas duas últimas semanas, tenho sentido o desejo de ler ou obter informação acerca do bebê em desenvolvimento. Este desejo é ...	.49	.78
05	Nas duas últimas semanas, tenho tentado imaginar qual será a aparência real do bebê em desenvolvimento no útero da minha mulher ...	.50	.78
06	Nas duas últimas semanas, eu penso no bebê em desenvolvimento, principalmente como ...	.35	.79
07	Nas duas últimas semanas, quando penso no bebê em desenvolvimento, os meus pensamentos ...	.43	.79
08	Nas duas últimas semanas, as minhas ideias acerca dos nomes possíveis para o bebê têm sido ...	.33	.80
09	Nas duas últimas semanas, quando penso no bebê em desenvolvimento, os meus sentimentos são ...	.50	.79
10	Nas duas últimas semanas, tenho pensado em que tipo de criança o bebê se vai tornar ...	.41	.79
11	Nas duas últimas semanas, tenho-me sentido ...	.57	.78
12	Quando vir o bebê pela primeira vez depois de nascer, espero sentir ...	.36	.80
13	Quando o bebê nascer, eu gostaria de pegar nele ...	.38	.79
14	Nas duas últimas semanas, tenho sonhado com a gravidez ou com o bebê...	.36	.80
15	Nas duas últimas semanas, dei por mim a sentir ou a acariciar com a minha mão a barriga da minha mulher no sítio onde o bebê se encontra ...	.42	.79
α global			.80

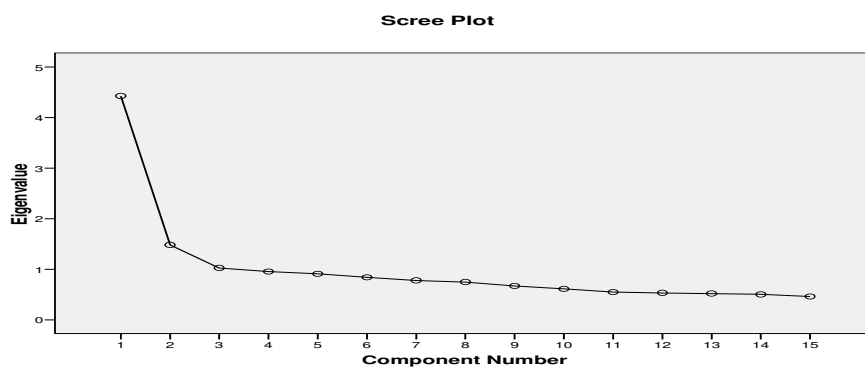
* depois de retirado o item 16

A2 – 6.5. Análise Factorial das dimensões da EVPNP

Quadro 47. Saturações dos itens nos dois factores da EVPNP

Item nº	Factores	
	F1	F2
01		.68
02	.51	.37
03	.62	
04	.31	.55
05		.70
06	.41	
07	.72	
08	.38	
09	.74	
10		.65
11	.55	.41
12	.69	
13	.46	
14		.57
15	.41	.33
Valor próprio	4.43	1.48
Variância explicada (%) (total = 39.4%)	22.1	17.3
<i>KMO</i> = 0.88, <i>BTS</i> =1282.30, <i>p</i> < .001		
Alfa	.73	.69

Gráfico 5. *Scree plot* para os dados da EVPNP



A2 – 6.6. Consistência interna das dimensões da EVPNP

Quadro 48. Consistência interna das dimensões da EVPNP

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>α se o item fosse eliminado</i>
	QVP		
02	Nas <u>duas últimas</u> semanas, ao falar ou ao pensar no bebé em desenvolvimento, tive sentimentos e emoções que foram ...	.47	.72
03	Nas <u>duas últimas</u> semanas, os meus sentimentos para com o bebé em desenvolvimento, têm sido ...	.50	.72
06	Nas <u>duas últimas</u> semanas, eu penso no bebé em desenvolvimento, principalmente como ...	.34	.74
07	Nas <u>duas últimas</u> semanas, quando penso no bebé em desenvolvimento, os meus pensamentos ...	.50	.72
08	Nas <u>duas últimas</u> semanas, as minhas ideias acerca dos nomes possíveis para o bebé têm sido ...	.34	.75
09	Nas <u>duas últimas</u> semanas, quando penso no bebé em desenvolvimento, os meus sentimentos são ...	.57	.71
11	Nas <u>duas últimas</u> semanas, tenho-me sentido ...	.53	.71
12	Quando vir o bebé pela <u>primeira vez</u> depois de nascer, espero sentir ...	.44	.73
13	Quando o bebé nascer, eu gostaria de pegar nele ...	.37	.74
	α global		.73
	IPP		
01	Nas <u>duas últimas</u> semanas, tenho pensado no bebé em desenvolvimento ou tenho-me sentido preocupado com ele ...	.47	.64
04	Nas <u>duas últimas</u> semanas, tenho sentido o desejo de ler ou obter informação acerca do bebé em desenvolvimento. Este desejo é ...	.44	.65
05	Nas <u>duas últimas</u> semanas, tenho tentado imaginar qual será a aparência real do bebé em desenvolvimento no útero da minha mulher ...	.51	.62
10	Nas <u>duas últimas</u> semanas, tenho pensado em que tipo de criança o bebé se vai tornar ...	.42	.66
14	Nas <u>duas últimas</u> semanas, tenho sonhado com a gravidez ou com o bebé...	.39	.67
15	Nas <u>duas últimas</u> semanas, dei por mim a sentir ou a acariciar com a minha mão a barriga da minha mulher no sítio onde o bebé se encontra ...	.33	.68
	α global		.69

A2 – 7. Escala de Vinculação Pós-Natal Materna - EVPósNM e Escala de Vinculação Pós-Natal Paterna - EVPósNP (adaptação da Escala de Vinculação Pré-Natal Materna e Paterna, ao período pós-natal, de Camarneiro & Justo, 2007, 2010).

A2 -7.1. Consistência interna da EVPósNM e suas dimensões, na amostra do terceiro estudo
Quadro 49. Consistência interna da EVPósNM no terceiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
01	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tenho pensado no meu bebê ou tenho-me sentido preocupada com ele ...	.47	.72
02	<u>Nas duas últimas</u> semanas, ao falar ou ao pensar no meu bebê tive sentimentos e emoções que foram ...	.48	.72
03	<u>Nas duas últimas</u> semanas, os meus sentimentos para com o meu bebê têm sido ...	.33	.74
04	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tenho sentido o desejo de ler ou obter informação acerca do meu bebê. Este desejo é ...	.44	.72
05	<u>Nas duas últimas</u> semanas, quando não estou com o meu bebê tento imaginá-lo ...	.58	.70
06	<u>Nas duas últimas</u> semanas, eu penso no meu bebê, principalmente como ...	.39	.73
07	<u>Nas duas últimas</u> semanas, senti que o meu bebê depende de mim para o seu bem estar ...	.29	.74
08	<u>Nas duas últimas</u> semanas, quando estava sozinha dava por mim a falar para o meu bebê como se ele estivesse comigo ...	.48	.72
09	<u>Nas duas últimas</u> semanas, quando penso no meu bebê ou falo para ele, os meus pensamentos ...	.12	.75
10	A <u>imagem</u> que eu tenho do meu bebê, quando não estou com ele, é	.31	.74
11	<u>Nas duas últimas</u> semanas, quando penso no meu bebê, os meus sentimentos são ...	.33	.74
12	<u>Algumas mulheres</u> , às vezes, ficam tão irritadas com o bebê que sentem como se tivessem vontade de castigá-lo ou magoá-lo ...	.32	.73
13	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tenho-me sentido ...	.14	.75
17	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tenho sonhado com o meu bebê...	.43	.72
18	<u>Nas duas últimas</u> semanas, dei por mim a acariciar o meu bebê ...	.11	.75
α global			.75

Quadro 50. Consistência interna da dimensão da EVPósNM no terceiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
QVM pós-natal			
02	<u>Nas duas últimas</u> semanas, ao falar ou ao pensar no meu bebê tive sentimentos e emoções que foram...	.37	.59
03	<u>Nas duas últimas</u> semanas, os meus sentimentos para com o meu bebê têm sido ...	.46	.58
06	<u>Nas duas últimas</u> semanas, eu penso no meu bebê, principalmente como ...	.17	.64
07	<u>Nas duas últimas</u> semanas, senti que o meu bebê depende de mim para o seu bem estar ...	.29	.61
09	<u>Nas duas últimas</u> semanas, quando penso no meu bebê ou falo para ele, os meus pensamentos ...	.39	.59
11	<u>Nas duas últimas</u> semanas, quando penso no meu bebê, os meus sentimentos são ...	.39	.59
12	<u>Algumas mulheres</u> , às vezes, ficam tão irritadas com o bebê que sentem como se tivessem vontade de castigá-lo ou magoá-lo ...	.40	.59
13	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tenho-me sentido ...	.23	.63
α global			.63
IPM pós-natal			
01	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tenho pensado no meu bebê ou tenho-me sentido preocupada com ele ...	.44	.66
04	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tenho sentido o desejo de ler ou obter informação acerca do meu bebê. Este desejo é ...	.53	.64

<i>Continuação do Quadro</i>			
05	<u>Nas duas últimas</u> semanas, quando não estou com o meu bebé tento imaginá-lo ...	.56	.63
08	<u>Nas duas últimas</u> semanas, quando estava sozinha dava por mim a falar para o meu bebé como se ele estivesse comigo ...	.52	.64
10	A <u>imagem</u> que eu tenho do meu bebé, quando não estou com ele, é ...	.26	.70
17	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tenho sonhado com o meu bebé ...	.44	.66
18	<u>Nas duas últimas</u> semanas, dei por mim a acariciar o meu bebé ...	.11	.72
α global			.70

A2 – 7.2. Consistência interna das EVPósNP e suas dimensões, na amostra do terceiro estudo

Quadro 51. Consistência interna da EVPósNP no terceiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
01	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tenho pensado no meu bebé ou tenho-me sentido preocupado com ele ...	.23	.68
02	<u>Nas duas últimas</u> semanas, ao falar ou ao pensar no bebé em desenvolvimento, tive sentimentos e emoções que foram ...	.34	.67
03	<u>Nas duas últimas</u> semanas, os meus sentimentos para com o meu bebé, têm sido...	.33	.67
04	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tenho sentido o desejo de ler ou obter informação acerca do meu bebé. Este desejo é ...	.65	.61
05	<u>Nas duas últimas</u> semanas, quando não estou com o meu bebé tento imaginá-lo...	.41	.65
06	<u>Nas duas últimas</u> semanas, eu penso no meu bebé, principalmente como ...	.26	.68
07	<u>Nas duas últimas</u> semanas, quando penso no bebé em desenvolvimento, os meus pensamentos:	.25	.68
08	<u>Nas duas últimas</u> semanas, as minhas ideias acerca do crescimento do meu bebé dentro da minha família têm sido:	.22	.68
09	<u>Nas duas últimas</u> semanas, quando penso no bebé em desenvolvimento, os meus sentimentos são:	.27	.67
10	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tenho pensado em que tipo de criança o bebé se vai tornar ...	.33	.67
11	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tenho-me sentido ...	.35	.66
12	Quando vi o bebé pela <u>primeira vez</u> depois de nascer, senti ...	.14	.68
13	<u>Quando o meu bebé</u> nasceu, eu tive imensa vontade de pegar nele ...	.14	.69
14	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tenho sonhado com o meu bebé...	.29	.67
15	<u>Nas duas últimas</u> semanas, dei por mim a acariciar o meu bebé ...	.27	.67
α global			.68

Quadro 52. Consistência interna das dimensões da EVPósNP no terceiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
QVP pós-natal			
02	<u>Nas duas últimas</u> semanas, ao falar ou ao pensar no bebé em desenvolvimento, tive sentimentos e emoções que foram...	.24	.66
03	<u>Nas duas últimas</u> semanas, os meus sentimentos para com o meu bebé, têm sido...	.32	.64
06	<u>Nas duas últimas</u> semanas, eu penso no meu bebé, principalmente como...	.24	.66
07	<u>Nas duas últimas</u> semanas, quando penso no bebé em desenvolvimento, os meus pensamentos...	.46	.62
08	<u>Nas duas últimas</u> semanas, as minhas ideias acerca do crescimento do meu bebé dentro da minha família têm sido...	.52	.60
09	<u>Nas duas últimas</u> semanas, quando penso no bebé em desenvolvimento, os meus sentimentos são...	.57	.58
11	<u>Nas duas últimas</u> semanas, tenho-me sentido...	.47	.60
12	Quando vi o bebé pela <u>primeira vez</u> depois de nascer, senti...	.24	.66
13	<u>Quando o meu bebé</u> nasceu, eu tive imensa vontade de pegar nele...	.18	.71
α global			.66

<i>Coninuação do Quadro</i>			
IPP pós-natal			
01	Nas duas últimas semanas, tenho pensado no meu bebé ou tenho-me sentido preocupado com ele ...	.23	.71
04	Nas duas últimas semanas, tenho sentido o desejo de ler ou obter informação acerca do meu bebé. Este desejo é...	.67	.56
05	Nas duas últimas semanas, quando não estou com o meu bebé tento imaginá-lo ...	.61	.58
10	Nas duas últimas semanas, tenho pensado em que tipo de criança o bebé se vai tornar ...	.44	.64
14	Nas duas últimas semanas, tenho sonhado com o meu bebé ...	.36	.67
15	Nas duas últimas semanas, dei por mim a acariciar o meu bebé ...	.24	.70
α global		.69	

A2 – 7.3. Análise factorial da EVPósN materna e paterna

A2 – 7.3.a. Análise Factorial da EVPósNM

Quadro 53. Saturações dos itens nos dois factores da EVPósNM

<i>Item n°</i>	<i>Factores</i>	
	<i>F1</i>	<i>F2</i>
01	.63	
02		.46
03		.75
04	.72	
05	.69	
06	.59	.01
07		.34
08	.64	
09		.68
10	.46	
11		.58
12		.60
13		.41
17	.55	
18	.10	
Valor próprio	3.55	1.86
Variância explicada (%) (total = 36.01%)	20.10	15.92
<i>KMO= 0.65, BTS: p < .001</i>		
Alfa	.70	.63

A2 – 7.3.b. Análise Factorial da EVPósNP

Quadro 54. Saturações dos itens nos dois factores da EVPósNP

<i>Item n°</i>	<i>Factores</i>	
	<i>F1IPP</i>	<i>F2QVP</i>
01	.49	
02	.47	.25
03	.38	.30
04	.78	
05	.79	
06	.36	.24
07		.70
08		.69
09		.83
10	.63	
11		.62
12		.48
13		.35
14	.51	
15	.30	

Cont. do Quadro

Variância explicada (%) (total = 37.01%) <i>KMO= 0.601, BTS: p < .001</i>	18.58	18.43
Alfa	.69	.66

A2 – 8. Inventário de Resolução de Problemas – IRP**A2 – 8.1. Consistência interna do IRP na amostra feminina (IRP-F) e masculina (IRP-M) no primeiro estudo****Quadro 55.** Consistência interna do IRP-F no primeiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
01	Vou deixar correr esta situação, o tempo ajuda a resolver os problemas.	.24	.68
02	Numa situação deste tipo o melhor é evitar encontrar-me com o indivíduo e não ligar.	.33	.68
03	Não vou permitir que este acontecimento interfira com o que tenho a fazer no meu dia-a-dia.	-.05	.70
04	Se não me tivesse comportado daquela maneira, isto nunca teria acontecido; tive toda a culpa no que aconteceu.	.19	.68
05	Vou-me aconselhar com pessoas amigas para saber o que devo fazer.	.26	.68
06	Estou perdido, este acontecimento deu cabo da minha vida.	.29	.68
07	O melhor é não fazer nada até ver onde isto vai parar.	.29	.68
08	Lá por isto me ter acontecido, não vou deixar que a minha vida seja constantemente interferida por esta questão.	.05	.69
09	Apesar de tudo tive muita sorte; as coisas poderiam ser bem piores do que realmente são.	-.14	.70
10	No fundo reconheço que me comportei de uma maneira estúpida; devido a mim é que este problema está como está.	.36	.67
11	Vou pedir conselho aos meus amigos para poder sair deste problema.	.31	.67
12	As pessoas não-de sempre dizer mal de mim; que azar o meu.	.38	.67
13	Não me vou aborrecer com esta situação; o tempo há-de correr a meu favor.	-.09	.70
14	Estou a sentir-me destruído pelo que me está a acontecer; não vou conseguir desvencilhar-me desta situação.	.45	.67
15	Vou pensar com calma sobre este assunto, de modo a que possa sair-me bem e, ao mesmo tempo, calar aquele indivíduo.	.13	.69
16	Com o que me está a acontecer o melhor é evitar por agora submeter-me às provas, em que podem ver como me saio, de forma a que o acontecimento seja esquecido.	.35	.67
17	Se querem guerra, tê-la-ão; não posso deixar de lutar por aquilo que para mim é importante.	.10	.69
18	Acho melhor perguntar aos meus familiares o que devo fazer para resolver este assunto.	.22	.68
19	Sinto que tenho a responsabilidade daquilo que agora me está a acontecer.	.40	.67
20	Vou pedir conselhos a amigos meus sobre a melhor atitude a tomar.	.29	.68
21	De modo algum me deixo esmagar pelo que me está a acontecer; hei-de remover os obstáculos, um a um, até provar aos outros que realmente sou uma pessoa capaz; sei que hei-de conseguir.	-.33	.72
22	Passo horas a ver televisão, sem querer fazer mais nada.	.27	.68
23	Raramente consigo passar sem tomar medicamentos que me acalmem.	.19	.68
24	Meto-me na cama durante longas horas.	.30	.68
25	Procuo fazer uma pequena soneca, pois sinto que, nessas ocasiões, tem em mim grandes efeitos reparadores.	.18	.68
26	Desabafo com alguém, procurando que, ao fim, essa pessoa tome o meu partido e me ajude a resolver as dificuldades.	-.17	.71
27	Dá-me para partir tudo o que tenho à minha volta.	.23	.68
28	Chego a bater em mim próprio.	.11	.69
29	Raramente deixo de pedir ajuda profissional, a um médico ou a um psicólogo.	.17	.68
30	pensar continuamente sobre todos os factos que me preocupam.	.17	.68
31	Não fugir do confronto com as situações que me são desagradáveis.	.21	.68
32	Adaptar-me com facilidade às pressões psicológicas e exigências da vida de todos os dias.	.20	.68
33	Não deixar de lutar, quando quero atingir os meus objectivos.	.27	.68
34	Conseguir pôr em prática os planos que arquitecto para resolver os meus problemas.	.23	.68
35	Reconhecer que sou, com frequência, vítima dos outros.	.43	.67

<i>Continuação do Quadro</i>			
36	Ter sempre coragem para resolver os problemas de minha vida, mesmo que por vezes me incomodem bastante.	.23	.68
37	Envolver-me naquelas acções, de resolução de problemas, que tenho a certeza não me deixam ficar mal.	.11	.69
38	Permitir que os objectivos principais da minha vida sejam facilmente interferidos pelos problemas com que me defronto.	.40	.67
39	Ver sempre os aspectos negativos, mais do que os aspectos positivos dos acontecimentos.	.37	.67
40	Preferir, num problema desagradável, procurar obter informação e tentar resolvê-lo, do que estar a evitá-lo.	.21	.68
α global			.69

Quadro 56. Consistência interna do IRP –F*

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>α se o item fosse eliminado</i>
01	Vou deixar correr esta situação, o tempo ajuda a resolver os problemas.	.27	.77
02	Numa situação deste tipo o melhor é evitar encontrar-me com o indivíduo e não ligar.	.36	.77
04	Se não me tivesse comportado daquela maneira, isto nunca teria acontecido; tive toda a culpa no que aconteceu.	.13	.78
05	Vou-me aconselhar com pessoas amigas para saber o que devo fazer.	.24	.77
06	Estou perdido, este acontecimento deu cabo da minha vida.	.27	.77
07	O melhor é não fazer nada até ver onde isto vai parar.	.31	.77
08	Lá por isto me ter acontecido, não vou deixar que a minha vida seja constantemente interferida por esta questão.	.14	.78
10	No fundo reconheço que me comportei de uma maneira estúpida; devido a mim é que este problema está como está.	.33	.77
11	Vou pedir conselho aos meus amigos para poder sair deste problema.	.25	.77
12	As pessoas hão-de sempre dizer mal de mim; que azar o meu.	.38	.77
14	Estou a sentir-me destruído pelo que me está a acontecer; não vou conseguir desvencilhar-me desta situação.	.49	.76
15	Vou pensar com calma sobre este assunto, de modo a que possa sair-me bem e, ao mesmo tempo, calar aquele indivíduo.	.25	.77
16	Com o que me está a acontecer o melhor é evitar por agora submeter-me às provas, em que podem ver como me saio, de forma a que o acontecimento seja esquecido.	.37	.77
17	Se querem guerra, tê-la-ão; não posso deixar de lutar por aquilo que para mim é importante.	.18	.78
18	Acho melhor perguntar aos meus familiares o que devo fazer para resolver este assunto.	.20	.77
19	Sinto que tenho a responsabilidade daquilo que agora me está a acontecer.	.42	.76
20	Vou pedir conselhos a amigos meus sobre a melhor atitude a tomar.	.28	.77
22	Passo horas a ver televisão, sem querer fazer mais nada.	.24	.77
23	Raramente consigo passar sem tomar medicamentos que me acalmem.	.22	.77
24	Meto-me na cama durante longas horas.	.29	.77
25	Procuro fazer uma pequena soneca, pois sinto que, nessas ocasiões, tem em mim grandes efeitos reparadores.	.14	.78
27	Dá-me para partir tudo o que tenho à minha volta.	.26	.77
28	Chego a bater em mim próprio.	.13	.78
29	Raramente deixo de pedir ajuda profissional, a um médico ou a um psicólogo.	.16	.78
30	pensar continuamente sobre todos os factos que me preocupam.	.12	.78
31	Não fugir do confronto com as situações que me são desagradáveis.	.28	.77
32	Adaptar-me com facilidade às pressões psicológicas e exigências da vida de todos os dias.	.26	.77
33	Não deixar de lutar, quando quero atingir os meus objectivos.	.35	.77
34	Conseguir pôr em prática os planos que arquitecto para resolver os meus problemas.	.30	.77
35	Reconhecer que sou, com frequência, vítima dos outros.	.41	.77
36	Ter sempre coragem para resolver os problemas de minha vida, mesmo que por vezes me incomodem bastante.	.32	.77
38	Permitir que os objectivos principais da minha vida sejam facilmente interferidos pelos problemas com que me defronto.	.39	.77
39	Ver sempre os aspectos negativos, mais do que os aspectos positivos dos acontecimentos.	.38	.77
40	Preferir, num problema desagradável, procurar obter informação e tentar resolvê-lo, do que estar a evitá-lo.	.27	.77
α global			.78

* depois de retirados os itens 3,9,13,21,26 e o item 37 por ter correlação item total corrigido abaixo de .10

Quadro 57. Consistência interna do IRP-M no primeiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
01	Vou deixar correr esta situação, o tempo ajuda a resolver os problemas.	.24	.68
02	Numa situação deste tipo o melhor é evitar encontrar-me com o indivíduo e não ligar.	.28	.68
03	Não vou permitir que este acontecimento interfira com o que tenho a fazer no meu dia-a-dia.	-.00	.70
04	Se não me tivesse comportado daquela maneira, isto nunca teria acontecido; tive toda a culpa no que aconteceu.	.20	.68
05	Vou-me aconselhar com pessoas amigas para saber o que devo fazer.	.25	.68
06	Estou perdido, este acontecimento deu cabo da minha vida.	.33	.67
07	O melhor é não fazer nada até ver onde isto vai parar.	.33	.68
08	Lá por isto me ter acontecido, não vou deixar que a minha vida seja constantemente interferida por esta questão.	.17	.69
09	Apesar de tudo tive muita sorte; as coisas poderiam ser bem piores do que realmente são.	-.10	.70
10	No fundo reconheço que me comportei de uma maneira estúpida; devido a mim é que este problema está como está.	.29	.68
11	Vou pedir conselho aos meus amigos para poder sair deste problema.	.27	.68
12	As pessoas hão-de sempre dizer mal de mim; que azar o meu.	.42	.67
13	Não me vou aborrecer com esta situação; o tempo há-de correr a meu favor.	-.11	.71
14	Estou a sentir-me destruído pelo que me está a acontecer; não vou conseguir desvencilhar-me desta situação.	.50	.67
15	Vou pensar com calma sobre este assunto, de modo a que possa sair-me bem e, ao mesmo tempo, calar aquele indivíduo.	.08	.69
16	Com o que me está a acontecer o melhor é evitar por agora submeter-me às provas, em que podem ver como me saio, de forma a que o acontecimento seja esquecido.	.36	.67
17	Se querem guerra, tê-la-ão; não posso deixar de lutar por aquilo que para mim é importante.	.07	.69
18	Acho melhor perguntar aos meus familiares o que devo fazer para resolver este assunto.	.29	.68
19	Sinto que tenho a responsabilidade daquilo que agora me está a acontecer.	.31	.68
20	Vou pedir conselhos a amigos meus sobre a melhor atitude a tomar.	.31	.68
21	De modo algum me deixo esmagar pelo que me está a acontecer; hei-de remover os obstáculos, um a um, até provar aos outros que realmente sou uma pessoa capaz; sei que hei-de conseguir.	-.21	.71
22	Passo horas a ver televisão, sem querer fazer mais nada.	.27	.68
23	Raramente consigo passar sem tomar medicamentos que me acalmem.	.23	.68
24	Meto-me na cama durante longas horas.	.31	.68
25	Procuro fazer uma pequena soneca, pois sinto que, nessas ocasiões, tem em mim grandes efeitos reparadores.	.14	.69
26	Desabafo com alguém, procurando que, ao fim, essa pessoa tome o meu partido e me ajude a resolver as dificuldades.	-.27	.71
27	Dá-me para partir tudo o que tenho à minha volta.	.19	.69
28	Chego a bater em mim próprio.	.20	.69
29	Raramente deixo de pedir ajuda profissional, a um médico ou a um psicólogo.	.21	.68
30	pensar continuamente sobre todos os factos que me preocupam.	.12	.69
31	Não fugir do confronto com as situações que me são desagradáveis.	.22	.68
32	Adaptar-me com facilidade às pressões psicológicas e exigências da vida de todos os dias.	.21	.68
33	Não deixar de lutar, quando quero atingir os meus objectivos.	.31	.68
34	Conseguir pôr em prática os planos que arquitecto para resolver os meus problemas.	.21	.68
35	Reconhecer que sou, com frequência, vítima dos outros.	.37	.67
36	Ter sempre coragem para resolver os problemas de minha vida, mesmo que por vezes me incomodem bastante.	.30	.68
37	Envolver-me naquelas acções, de resolução de problemas, que tenho a certeza não me deixam ficar mal.	.02	.70
38	Permitir que os objectivos principais da minha vida sejam facilmente interferidos pelos problemas com que me defronto.	.46	.67
39	Ver sempre os aspectos negativos, mais do que os aspectos positivos dos acontecimentos.	.32	.68
40	Preferir, num problema desagradável, procurar obter informação e tentar resolvê-lo, do que estar a evitá-lo.	.21	.68
	α global		.69

Quadro 58. Consistência interna do IRP- M*

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>α se o item fosse eliminado</i>
01	Vou deixar correr esta situação, o tempo ajuda a resolver os problemas.	.22	.78
02	Numa situação deste tipo o melhor é evitar encontrar-me com o indivíduo e não ligar.	.29	.77
04	Se não me tivesse comportado daquela maneira, isto nunca teria acontecido; tive toda a culpa no que aconteceu.	.17	.78
05	Vou-me aconselhar com pessoas amigas para saber o que devo fazer.	.25	.78
06	Estou perdido, este acontecimento deu cabo da minha vida.	.32	.77
07	O melhor é não fazer nada até ver onde isto vai parar.	.33	.77
08	Lá por isto me ter acontecido, não vou deixar que a minha vida seja constantemente interferida por esta questão.	.22	.78
10	No fundo reconheço que me comportei de uma maneira estúpida; devido a mim é que este problema está como está.	.30	.77
11	Vou pedir conselho aos meus amigos para poder sair deste problema.	.24	.78
12	As pessoas hão-de sempre dizer mal de mim; que azar o meu.	.41	.77
14	Estou a sentir-me destruído pelo que me está a acontecer; não vou conseguir desvencilhar-me desta situação.	.51	.77
15	Vou pensar com calma sobre este assunto, de modo a que possa sair-me bem e, ao mesmo tempo, calar aquele indivíduo.	.18	.78
16	Com o que me está a acontecer o melhor é evitar por agora submeter-me às provas, em que podem ver como me saio, de forma a que o acontecimento seja esquecido.	.36	.77
17	Se querem guerra, tê-la-ão; não posso deixar de lutar por aquilo que para mim é importante.	.14	.78
18	Acho melhor perguntar aos meus familiares o que devo fazer para resolver este assunto.	.30	.77
19	Sinto que tenho a responsabilidade daquilo que agora me está a acontecer.	.31	.77
20	Vou pedir conselhos a amigos meus sobre a melhor atitude a tomar.	.30	.77
22	Passo horas a ver televisão, sem querer fazer mais nada.	.25	.77
23	Raramente consigo passar sem tomar medicamentos que me acalmem.	.23	.78
24	Meto-me na cama durante longas horas.	.31	.77
25	Procuro fazer uma pequena soneca, pois sinto que, nessas ocasiões, tem em mim grandes efeitos reparadores.	.11	.78
27	Dá-me para partir tudo o que tenho à minha volta.	.21	.78
28	Chego a bater em mim próprio.	.22	.78
29	Raramente deixo de pedir ajuda profissional, a um médico ou a um psicólogo.	.20	.78
30	pensar continuamente sobre todos os factos que me preocupam.	.08	.78
31	Não fugir do confronto com as situações que me são desagradáveis.	.29	.77
32	Adaptar-me com facilidade às pressões psicológicas e exigências da vida de todos os dias.	.29	.77
33	Não deixar de lutar, quando quero atingir os meus objectivos.	.39	.77
34	Conseguir pôr em prática os planos que arquitecto para resolver os meus problemas.	.30	.77
35	Reconhecer que sou, com frequência, vítima dos outros.	.36	.77
36	Ter sempre coragem para resolver os problemas de minha vida, mesmo que por vezes me incomodem bastante.	.38	.77
38	Permitir que os objectivos principais da minha vida sejam facilmente interferidos pelos problemas com que me defronto.	.46	.76
39	Ver sempre os aspectos negativos, mais do que os aspectos positivos dos acontecimentos.	.32	.77
40	Preferir, num problema desagradável, procurar obter informação e tentar resolvê-lo, do que estar a evitá-lo.	.28	.77
α global			.78

* depois de retirados os Itens 3,9,13,21,26 e 37

A2 – 8.2. Análise factorial e consistência interna das dimensões do IRP no primeiro estudo, na amostra feminina (IRP-F) e masculina (IRP-M)

Quadro 59. Saturações dos itens nos nove factores obtidos na análise factorial do IRP-F

<i>Factores</i>	<i>CRAP</i>	<i>CIE</i>	<i>PA</i>	<i>APPS</i>	<i>ARMC</i>	<i>CE</i>			
Item nº	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9
01				.76					
02				.68					
04					.25		.71		
05			.67						
06		.45							
07				.70					
08	.40								
10					.63				
11			.72						
12		.56							
14		.51							
15	.61								
16				.52	.21				
17	.51								
18			.81						
19					.62				
20			.87						
22						.68			
23								.73	
24						.61			
25						.67			
27									.64
28									.79
29					.54			.31	
30		.47							
31	.73								
32	.73								
33	.98								
34	.74								
35		.55							
36	.75								
38		.66							
39		.75							
40	.68								
Valor próprio	4.65	4.48	2.12	1.79	1.49	1.30	1.21	1.10	1.07
Variância explicada (%) (total = 56.5%)	12.7	7.8	7.5	6.4	5.2	4.1	4.1	4.1	3.7
Alfa	.84	.73	.80	.67	.49	.53			

KMO= 0,80; BTS=3731,49; p < .001

Quadro 60. Consistência interna das dimensões do IRP-F no primeiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>a se o item fosse eliminado</i>
Pedido de Ajuda			
05	Vou-me aconselhar com pessoas amigas para saber o que devo fazer.	.52	.79
11	Vou pedir conselho aos meus amigos para poder sair deste problema.	.61	.75
18	Acho melhor perguntar aos meus familiares o que devo fazer para resolver este assunto.	.60	.75
20	Vou pedir conselhos a amigos meus sobre a melhor atitude a tomar.	.71	.69
α global		.80	
Confronto e Resolução Activa dos Problemas e planificação da estratégia			
08	Lá por isto me ter acontecido, não vou deixar que a minha vida seja constantemente interferida por esta questão.	.60	.82
15	Vou pensar com calma sobre este assunto, de modo a que possa sair-me bem e, ao mesmo tempo, calar aquele indivíduo.	.59	.82
17	Se querem guerra, tê-la-ão; não posso deixar de lutar por aquilo que para mim é importante.	.69	.81
31	Não fugir do confronto com as situações que me são desagradáveis.	.63	.81
32	Adaptar-me com facilidade às pressões psicológicas e exigências da vida de todos os dias.	.65	.81
33	Não deixar de lutar, quando quero atingir os meus objectivos.	.54	.82
34	Conseguir pôr em prática os planos que arquitecto para resolver os meus problemas.	.56	.82
36	Ter sempre coragem para resolver os problemas de minha vida, mesmo que por vezes me incomodem bastante.	.43	.84
40	Preferir, num problema desagradável, procurar obter informação e tentar resolvê-lo, do que estar a evitá-lo.	.34	.84
α global		.84	
Abandono Passivo Perante a Situação			
01	Vou deixar correr esta situação, o tempo ajuda a resolver os problemas.	.49	.57
02	Numa situação deste tipo o melhor é evitar encontrar-me com o indivíduo e não ligar.	.56	.48
07	O melhor é não fazer nada até ver onde isto vai parar.	.41	.66
α global		.67	
Controlo Interno/Externo dos Problemas			
06	Estou perdido, este acontecimento deu cabo da minha vida.	.38	.72
12	As pessoas hão-de sempre dizer mal de mim; que azar o meu.	.44	.70
14	Estou a sentir-me destruído pelo que me está a acontecer; não vou conseguir desvencilhar-me desta situação.	.49	.69
30	pensar continuamente sobre todos os factos que me preocupam.	.37	.71
35	Reconhecer que sou, com frequência, vítima dos outros.	.47	.69
38	Permitir que os objectivos principais da minha vida sejam facilmente interferidos pelos problemas com que me defronto.	.47	.69
39	Ver sempre os aspectos negativos, mais do que os aspectos positivos dos acontecimentos.	.51	.68
α global		.73	
Dimensão Estratégias de Controlo das Emoções			
22	Passo horas a ver televisão, sem querer fazer mais nada.	.39	.40
24	Meto-me na cama durante longas horas.	.37	.40
25	Procuo fazer uma pequena soneca, pois sinto que, nessas ocasiões, tem em mim grandes efeitos reparadores.	.31	.48
α global		.53	
Auto-Responsabilização e Medo das Consequências			
04	Se não me tivesse comportado daquela maneira, isto nunca teria acontecido; tive toda a culpa no que aconteceu.	.18	.53
10	No fundo reconheço que me comportei de uma maneira estúpida; devido a mim é que este problema está como está.	.37	.35
16	Com o que me está a acontecer o melhor é evitar por agora submeter-me às provas, em que podem ver como me saio, de forma a que o acontecimento seja esquecido.	.24	.45
19	Sinto que tenho a responsabilidade daquilo que agora me está a acontecer.	.38	.33
α global		.49	

Quadro 61. Saturações dos itens nos dois factores do IRP-M

Factores	Item nº	CRAP	PA	CIE	ARMC	APS	CE	F7	F8	F9
		F1	F2	F3	F4	F5	F6			
	01					.81				
	02					.80				
	04				.55					
	05		.72							
	06			.42						
	07					.41				
	08	.54								
	10				.71					
	11		.77							
	12			.27	.44					
	14			.33	.35					
	15	.40							.66	
	16				.42					
	17	.36							.54	
	18		.80							
	19				.62					
	20		.88							
	22						.60			
	23									.63
	24						.71			
	25						.70			
	27							.74		
	28							.71		
	29									.61
	30			.58						
	31	.66								
	32	.72								
	33	.80								
	34	.76								
	35			.65						
	36	.78								
	38			.64						
	39			.72						
	40	.61								
Valor próprio		4.70	4.08	2.30	1.70	1.47	1.41	1.29	1.13	1.07
Variância explicada (%) (total = 56.3%)		11.8	8.2	7.2	6.4	5.4	5.2	4.3	4.1	3.9
		KMO= 0.80, BTS=3565.50, p < .001								
Alfa		.83	.82	.70	.54	.61	.49			

Quadro 62. Consistência interna das dimensões do IRP-M no primeiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>α se o item fosse eliminado</i>
Pedido de Ajuda			
05	Vou-me aconselhar com pessoas amigas para saber o que devo fazer.	.57	.81
11	Vou pedir conselho aos meus amigos para poder sair deste problema.	.65	.77
18	Acho melhor perguntar aos meus familiares o que devo fazer para resolver este assunto.	.63	.78
20	Vou pedir conselhos a amigos meus sobre a melhor atitude a tomar.	.74	.73
α global			.82
Confronto e Resolução Activa dos Problemas			
08	Lá por isto me ter acontecido, não vou deixar que a minha vida seja constantemente interferida por esta questão.	.54	.81
15	Vou pensar com calma sobre este assunto, de modo a que possa sair-me bem e, ao mesmo tempo, calar aquele indivíduo.	.58	.80
17	Se querem guerra, tê-la-ão; não posso deixar de lutar por aquilo que para mim é importante.	.67	.80
31	Não fugir do confronto com as situações que me são desagradáveis.	.65	.80
32	Adaptar-me com facilidade às pressões psicológicas e exigências da vida de todos os dias.	.63	.80
33	Não deixar de lutar, quando quero atingir os meus objectivos.	.50	.81
34	Conseguir pôr em prática os planos que arquitecto para resolver os meus problemas.	.46	.82
36	Ter sempre coragem para resolver os problemas de minha vida, mesmo que por vezes me incomodem bastante.	.48	.81
40	Preferir, num problema desagradável, procurar obter informação e tentar resolvê-lo, do que estar a evitá-lo.	.40	.83
α global			.83
Controlo Interno/Externo dos Problemas			
06	Estou perdido, este acontecimento deu cabo da minha vida.	.35	.69
12	As pessoas hão-de sempre dizer mal de mim; que azar o meu.	.36	.68
14	Estou a sentir-me destruído pelo que me está a acontecer; não vou conseguir desvencilhar-me desta situação.	.43	.67
30	pensar continuamente sobre todos os factos que me preocupam.	.31	.70
35	Reconhecer que sou, com frequência, vítima dos outros.	.47	.66
38	Permitir que os objectivos principais da minha vida sejam facilmente interferidos pelos problemas com que me defronto.	.52	.64
39	Ver sempre os aspectos negativos, mais do que os aspectos positivos dos acontecimentos.	.49	.65
α global			.70
Auto-Responsabilização e Medo das Consequências			
04	Se não me tivesse comportado daquela maneira, isto nunca teria acontecido; tive toda a culpa no que aconteceu.	.26	.53
10	No fundo reconheço que me comportei de uma maneira estúpida; devido a mim é que este problema está como está.	.36	.44
16	Com o que me está a acontecer o melhor é evitar por agora submeter-me às provas, em que podem ver como me saio, de forma a que o acontecimento seja esquecido.	.32	.46
19	Sinto que tenho a responsabilidade daquilo que agora me está a acontecer.	.37	.43
α global			.54
Abandono Passivo Perante a Situação			
01	Vou deixar correr esta situação, o tempo ajuda a resolver os problemas.	.49	.39
02	Numa situação deste tipo o melhor é evitar encontrar-me com o indivíduo e não ligar.	.50	.38
07	O melhor é não fazer nada até ver onde isto vai parar.	.28	.68
α global			.61
Estratégias de Controlo das Emoções			
22	Passo horas a ver televisão, sem querer fazer mais nada.	.28	.44
24	Meto-me na cama durante longas horas.	.41	.33
25	Procuo fazer uma pequena soneca, pois sinto que, nessas ocasiões, tem em mim grandes efeitos reparadores.	.31	.43
α global			.49

A2 – 8.3. Consistência interna do IRP na amostra feminina (IRP-F) e masculina (IRP-M) do terceiro estudo

Quadro 63. Consistência interna do IRP-F no terceiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>α se o item fosse eliminado</i>
01	Vou deixar correr esta situação, o tempo ajuda a resolver os problemas.	.40	.82
02	Numa situação deste tipo o melhor é evitar encontrar-me com o indivíduo e não ligar.	.34	.83
04	Se não me tivesse comportado daquela maneira, isto nunca teria acontecido; tive toda a culpa no que aconteceu.	.13	.83
05	Vou-me aconselhar com pessoas amigas para saber o que devo fazer.	.25	.83
06	Estou perdido, este acontecimento deu cabo da minha vida.	.49	.82
07	O melhor é não fazer nada até ver onde isto vai parar.	.35	.83
08	Lá por isto me ter acontecido, não vou deixar que a minha vida seja constantemente interferida por esta questão.	.02	.84
10	No fundo reconheço que me comportei de uma maneira estúpida; devido a mim é que este problema está como está.	.24	.83
11	Vou pedir conselho aos meus amigos para poder sair deste problema.	.22	.83
12	As pessoas hão-de sempre dizer mal de mim; que azar o meu.	.54	.82
14	Estou a sentir-me destruído pelo que me está a acontecer; não vou conseguir desvencilhar-me desta situação.	.62	.82
15	Vou pensar com calma sobre este assunto, de modo a que possa sair-me bem e, ao mesmo tempo, calar aquele indivíduo.	.12	.83
16	Com o que me está a acontecer o melhor é evitar por agora submeter-me às provas, em que podem ver como me saio, de forma a que o acontecimento seja esquecido.	.43	.82
17	Se querem guerra, tê-la-ão; não posso deixar de lutar por aquilo que para mim é importante.	.11	.83
18	Acho melhor perguntar aos meus familiares o que devo fazer para resolver este assunto.	.36	.83
19	Sinto que tenho a responsabilidade daquilo que agora me está a acontecer.	.68	.82
20	Vou pedir conselhos a amigos meus sobre a melhor atitude a tomar.	.40	.82
22	Passo horas a ver televisão, sem querer fazer mais nada.	.34	.83
23	Raramente consigo passar sem tomar medicamentos que me acalmem.	-.00	.83
24	Meto-me na cama durante longas horas.	.38	.83
25	Procuro fazer uma pequena soneca, pois sinto que, nessas ocasiões, tem em mim grandes efeitos reparadores.	.25	.83
27	Dá-me para partir tudo o que tenho à minha volta.	.19	.83
28	Chego a bater em mim próprio.	.43	.83
29	Raramente deixo de pedir ajuda profissional, a um médico ou a um psicólogo.	.15	.83
30	pensar continuamente sobre todos os factos que me preocupam.	.22	.83
31	Não fugir do confronto com as situações que me são desagradáveis.	.19	.83
32	Adaptar-me com facilidade às pressões psicológicas e exigências da vida de todos os dias.	.50	.82
33	Não deixar de lutar, quando quero atingir os meus objectivos.	.43	.83
34	Conseguir pôr em prática os planos que arquitecto para resolver os meus problemas.	.37	.83
35	Reconhecer que sou, com frequência, vítima dos outros.	.55	.82
36	Ter sempre coragem para resolver os problemas de minha vida, mesmo que por vezes me incomodem bastante.	.40	.82
38	Permitir que os objectivos principais da minha vida sejam facilmente interferidos pelos problemas com que me defronto.	.51	.82
39	Ver sempre os aspectos negativos, mais do que os aspectos positivos dos acontecimentos.	.51	.82
40	Preferir, num problema desagradável, procurar obter informação e tentar resolvê-lo, do que estar a evitá-lo.	.25	.83
<i>α global</i>			.83

Quadro 64. Consistência interna das dimensões do IRP-F no terceiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>α se o item fosse eliminado</i>
Pedido de Ajuda			
05	Vou-me aconselhar com pessoas amigas para saber o que devo fazer.	.66	.85
11	Vou pedir conselho aos meus amigos para poder sair deste problema.	.66	.85
18	Acho melhor perguntar aos meus familiares o que devo fazer para resolver este assunto.	.77	.81
20	Vou pedir conselhos a amigos meus sobre a melhor atitude a tomar.	.79	.80
	α global		.87
Confronto e Resolução Activa dos Problemas			
08	Lá por isto me ter acontecido, não vou deixar que a minha vida seja constantemente interferida por esta questão.	.13	.81
15	Vou pensar com calma sobre este assunto, de modo a que possa sair-me bem e, ao mesmo tempo, calar aquele indivíduo.	.43	.76
17	Se querem guerra, tê-la-ão; não posso deixar de lutar por aquilo que para mim é importante.	.36	.77
31	Não fugir do confronto com as situações que me são desagradáveis.	.56	.74
32	Adaptar-me com facilidade às pressões psicológicas e exigências da vida de todos os dias.	.57	.74
33	Não deixar de lutar, quando quero atingir os meus objectivos.	.62	.74
34	Conseguir pôr em prática os planos que arquitecto para resolver os meus problemas.	.59	.74
36	Ter sempre coragem para resolver os problemas de minha vida, mesmo que por vezes me incomodem bastante.	.48	.75
40	Preferir, num problema desagradável, procurar obter informação e tentar resolvê-lo, do que estar a evitá-lo.	.54	.75
	α global		.78
Abandono Passivo Perante a Situação			
01	Vou deixar correr esta situação, o tempo ajuda a resolver os problemas.	.55	.27
02	Numa situação deste tipo o melhor é evitar encontrar-me com o indivíduo e não ligar.	.48	.40
07	O melhor é não fazer nada até ver onde isto vai parar.	.27	.66
	α global		.59
Controlo Interno/Externo dos Problemas			
06	Estou perdido, este acontecimento deu cabo da minha vida.	.48	.82
12	As pessoas hão-de sempre dizer mal de mim; que azar o meu.	.68	.79
14	Estou a sentir-me destruído pelo que me está a acontecer; não vou conseguir desvencilhar-me desta situação.	.68	.79
30	pensar continuamente sobre todos os factos que me preocupam.	.42	.83
35	Reconhecer que sou, com frequência, vítima dos outros.	.54	.81
38	Permitir que os objectivos principais da minha vida sejam facilmente interferidos pelos problemas com que me defronto.	.54	.81
39	Ver sempre os aspectos negativos, mais do que os aspectos positivos dos acontecimentos.	.72	.78
	α global		.83
Estratégias de Controlo das Emoções			
22	Passo horas a ver televisão, sem querer fazer mais nada.	.48	.51
24	Meto-me na cama durante longas horas.	.45	.59
25	Procuro fazer uma pequena soneca, pois sinto que, nessas ocasiões, tem em mim grandes efeitos reparadores.	.49	.51
	α global		.64
Auto-Responsabilização e Medo das Consequências			
04	Se não me tivesse comportado daquela maneira, isto nunca teria acontecido; tive toda a culpa no que aconteceu.	.25	.66
10	No fundo reconheço que me comportei de uma maneira estúpida; devido a mim é que este problema está como está.	.49	.45
16	Com o que me está a acontecer o melhor é evitar por agora submeter-me às provas, em que podem ver como me saio, de forma a que o acontecimento seja esquecido.	.27	.61
19	Sinto que tenho a responsabilidade daquilo que agora me está a acontecer.	.59	.40
	α global		.61

Quadro 65. Consistência interna do IRP- M no terceiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>α se o item fosse eliminado</i>
01	Vou deixar correr esta situação, o tempo ajuda a resolver os problemas.	.27	.79
02	Numa situação deste tipo o melhor é evitar encontrar-me com o indivíduo e não ligar.	.21	.80
04	Se não me tivesse comportado daquela maneira, isto nunca teria acontecido; tive toda a culpa no que aconteceu.	.07	.80
05	Vou-me aconselhar com pessoas amigas para saber o que devo fazer.	.31	.79
06	Estou perdido, este acontecimento deu cabo da minha vida.	.26	.79
07	O melhor é não fazer nada até ver onde isto vai parar.	.24	.80
08	Lá por isto me ter acontecido, não vou deixar que a minha vida seja constantemente interferida por esta questão.	.46	.79
10	No fundo reconheço que me comportei de uma maneira estúpida; devido a mim é que este problema está como está.	.23	.80
11	Vou pedir conselho aos meus amigos para poder sair deste problema.	.19	.80
12	As pessoas hão-de sempre dizer mal de mim; que azar o meu.	.47	.79
14	Estou a sentir-me destruído pelo que me está a acontecer; não vou conseguir desvencilhar-me desta situação.	.47	.79
15	Vou pensar com calma sobre este assunto, de modo a que possa sair-me bem e, ao mesmo tempo, calar aquele indivíduo.	.35	.79
16	Com o que me está a acontecer o melhor é evitar por agora submeter-me às provas, em que podem ver como me saio, de forma a que o acontecimento seja esquecido.	.38	.79
17	Se querem guerra, tê-la-ão; não posso deixar de lutar por aquilo que para mim é importante.	.09	.80
18	Acho melhor perguntar aos meus familiares o que devo fazer para resolver este assunto.	.34	.79
19	Sinto que tenho a responsabilidade daquilo que agora me está a acontecer.	.38	.79
20	Vou pedir conselhos a amigos meus sobre a melhor atitude a tomar.	.39	.79
22	Passo horas a ver televisão, sem querer fazer mais nada.	.31	.79
23	Raramente consigo passar sem tomar medicamentos que me acalmem.	.17	.80
24	Meto-me na cama durante longas horas.	.26	.79
25	Procuro fazer uma pequena soneca, pois sinto que, nessas ocasiões, tem em mim grandes efeitos reparadores.	.06	.80
27	Dá-me para partir tudo o que tenho à minha volta.	.24	.80
28	Chego a bater em mim próprio.	.00	.80
29	Raramente deixo de pedir ajuda profissional, a um médico ou a um psicólogo.	.32	.79
30	pensar continuamente sobre todos os factos que me preocupam.	.10	.80
31	Não fugir do confronto com as situações que me são desagradáveis.	.34	.79
32	Adaptar-me com facilidade às pressões psicológicas e exigências da vida de todos os dias.	.36	.79
33	Não deixar de lutar, quando quero atingir os meus objectivos.	.44	.79
34	Conseguir pôr em prática os planos que arquitecto para resolver os meus problemas.	.51	.79
35	Reconhecer que sou, com frequência, vítima dos outros.	.39	.79
36	Ter sempre coragem para resolver os problemas de minha vida, mesmo que por vezes me incomodem bastante.	.62	.78
38	Permitir que os objectivos principais da minha vida sejam facilmente interferidos pelos problemas com que me defronto.	.33	.79
39	Ver sempre os aspectos negativos, mais do que os aspectos positivos dos acontecimentos.	.38	.79
40	Preferir, num problema desagradável, procurar obter informação e tentar resolvê-lo, do que estar a evitá-lo.	.32	.79
<i>α global</i>			.80

Quadro 66. Consistência interna das dimensões do IRP-M no terceiro estudo

<i>Nº</i>	<i>Item</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>α se o item fosse eliminado</i>
Pedido de Ajuda			
05	Vou-me aconselhar com pessoas amigas para saber o que devo fazer.	.64	.86
11	Vou pedir conselho aos meus amigos para poder sair deste problema.	.76	.81
18	Acho melhor perguntar aos meus familiares o que devo fazer para resolver este assunto.	.67	.84
20	Vou pedir conselhos a amigos meus sobre a melhor atitude a tomar.	.79	.80
	α global		.87
Confronto e Resolução Activa dos Problemas			
08	Lá por isto me ter acontecido, não vou deixar que a minha vida seja constantemente interferida por esta questão.	.58	.84
15	Vou pensar com calma sobre este assunto, de modo a que possa sair-me bem e, ao mesmo tempo, calar aquele indivíduo.	.64	.84
17	Se querem guerra, tê-la-ão; não posso deixar de lutar por aquilo que para mim é importante.	.40	.87
31	Não fugir do confronto com as situações que me são desagradáveis.	.60	.84
32	Adaptar-me com facilidade às pressões psicológicas e exigências da vida de todos os dias.	.56	.84
33	Não deixar de lutar, quando quero atingir os meus objectivos.	.70	.83
34	Conseguir pôr em prática os planos que arquitecto para resolver os meus problemas.	.74	.83
36	Ter sempre coragem para resolver os problemas de minha vida, mesmo que por vezes me incomodem bastante.	.71	.83
40	Preferir, num problema desagradável, procurar obter informação e tentar resolvê-lo, do que estar a evitá-lo.	.51	.85
	α global		.86
Controlo Interno/Externo dos Problemas			
06	Estou perdido, este acontecimento deu cabo da minha vida.	.27	.67
12	As pessoas hão-de sempre dizer mal de mim; que azar o meu.	.35	.65
14	Estou a sentir-me destruído pelo que me está a acontecer; não vou conseguir desvencilhar-me desta situação.	.48	.62
30	pensar continuamente sobre todos os factos que me preocupam.	.20	.71
35	Reconhecer que sou, com frequência, vítima dos outros.	.41	.63
38	Permitir que os objectivos principais da minha vida sejam facilmente interferidos pelos problemas com que me defronto.	.63	.55
39	Ver sempre os aspectos negativos, mais do que os aspectos positivos dos acontecimentos.	.48	.61
	α global		.67
Auto-Responsabilização e Medo das Consequências			
04	Se não me tivesse comportado daquela maneira, isto nunca teria acontecido; tive toda a culpa no que aconteceu.	.10	.37
10	No fundo reconheço que me comportei de uma maneira estúpida; devido a mim é que este problema está como está.	.13	.28
16	Com o que me está a acontecer o melhor é evitar por agora submeter-me às provas, em que podem ver como me saio, de forma a que o acontecimento seja esquecido.	.15	.26
19	Sinto que tenho a responsabilidade daquilo que agora me está a acontecer.	.29	.10
	α global		.31
Abandono Passivo Perante a Situação			
01	Vou deixar correr esta situação, o tempo ajuda a resolver os problemas.	.53	.27
02	Numa situação deste tipo o melhor é evitar encontrar-me com o indivíduo e não ligar.	.40	.51
07	O melhor é não fazer nada até ver onde isto vai parar.	.30	.62
	α global		.58
Estratégias de Controlo das Emoções			
22	Passo horas a ver televisão, sem querer fazer mais nada.	.35	.50
24	Meto-me na cama durante longas horas.	.45	.41
25	Procuro fazer uma pequena soneca, pois sinto que, nessas ocasiões, tem em mim grandes efeitos reparadores.	.37	.49
	α global		.56

APÊNDICE 3

RESULTADOS DESCRITIVOS DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A3 – 1. Caracterização da amostra do primeiro estudo

A3 – 1.1. Caracterização sócio-demográfica

Quadro 1. Medidas descritivas de caracterização sócio-demográfica da amostra (N = 407) em casais, mulheres e homens

<i>Estado civil dos casais</i>	<i>N</i>	<i>%</i>		
Casado	304	74.7		
União de facto	103	25.3		

	Mulheres		Homens	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Idade / Grupo etário</i>				
18 - 25	83	20.4	54	13.3
26 - 30	148	36.4	114	28.0
31 - 35	130	31.9	153	37.6
36 - 40	46	11.3	58	14.3
41 - 55	-	-	28	6.8
(Mulheres, idade: M = 26.62 (4.67), Min = 18.00; Max. = 40.00; Homens, idade: M = 31.77 (5.51), Min = 18.00; Max = 53.00)				
<i>Nacionalidade</i>				
Portuguesa	384	94.3	392	96.3
Outras	23	5.7	15	3.7
<i>Escolaridade</i> (Classificação de Graffar)				
Cat. 1 – Doutorados, licenciados e títulos universitários ou de cursos superiores; militares da academia; notórios	124	30.5	66	16.2
Cat. 2 – Instrução secundária completa; bacharelato; instrução universitária incompleta	131	32.2	98	24.1
Cat. 3 – Instrução secundária incompleta ou equivalente; militares de baixa patente	114	28.0	143	35.1
Cat. 4 – Instrução primária completa	38	9.3	97	23.8
Cat. 5 – Instrução primária incompleta e analfabetos	-	-	1	0.2
Não respondeu	-	-	2	0.5
<i>Escolaridade em anos:</i> mulheres, M = 12.24 (DP = 3.56), Min = 4.00, Máx. = 20.00, Homens, M = 10.47 (DP = 3.71), Min = 4.00, Máx. = 22.00				

Continuação do quadro 1

<i>Categoria profissional (Classificação de Graffar)</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Cat. 1 – Executivos; directores de empresas; professores; oficiais; possuidores de capitais	106	26	66	16.2
Cat. 2 – Comerciantes; fazendeiros; administradores de empresas; com licenciamentos	12	2.9	27	6.6
Cat. 3 – Operários especializados ou empregados; capatazes; técnicos administrativos e auxiliares	138	33.9	272	66.8
Cat. 4 – Operários sem qualificação; trabalhadores rurais; vendedores ambulantes	80	19.7	29	7.1
Cat. 5 – Ajudantes de obras; desempregados; pensionistas; indigentes e estudantes	71	17.4	9	2.2
Não respondeu	-	-	4	1
<i>Situação laboral</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Vínculo	207	50.9	281	69
Contrato de trabalho	84	20.6	61	15
Trabalho temporário	24	5.9	9	2.2
Conta própria	22	5.4	46	11.3
Desempregado (< 1 ano)	35	8.6	4	1
Desempregado (> 1 ano)	21	5.2	-	-
Domésticas e estudantes	14	3.4	-	-
Não respondeu	-	-	6	1.5
<i>Fontes de rendimento</i>				
Salário mensal	302	74.2	358	88
Salário quinzenal ou diário	4	1	8	2
Honorários de profissão liberal	21	5.2	29	7.1
Subsídios ou pensões	77	18.9	6	1.5
Rendimentos pessoais/famil.	3	0.7	3	0.7
Não respondeu	-	-	3	0.7
<i>Tipo de habitação dos casais</i>				
Apartamento	166	40.8		
Moradia	217	53.3		
Casa antiga	24	5.9		
<i>Condições de habitabilidade dos casais</i>				
Boas	393	96.6		
Razoáveis	14	3.4		
<i>Agregado familiar do casal</i>				
- Cônjuge/companheiro(a)	225	55.3		
- Cônjuge/companheiro(a) e 1 descendente	123	30.2		
- Cônjuge/companheiro(a) e 2 ou mais descendentes	19	4.7		
-Cônjuge/companheiro(a), descendente(s) e ascendente(s)/família alargada	8	1.9		
- Cônjuge/companheiro(a) e família alargada (1 ou mais elementos)	32	7.9		

*Continuação do quadro 1***Idade dos elementos do agregado familiar do casal**

	<i>N</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade 1ºparente	407	18.00	53.00	31.78	5.52
Idade 2ºparente	182	1.00	71.00	13.96	17.47
Idade 3ºparente	49	2.00	69.00	33.22	22.17
Idade 4ºparente	15	3.00	85.00	26.73	22.40

Estatuto socioeconómico das mulheres, dos homens e do casal

Mulheres	407	1.00	4.00	2.16	0.85
Homens	401	1.00	4.00	2.14	0.64
Casal	401	1.00	4.00	2.15	0.65

Estatuto socioeconómico da mulher e do homem

	<i>N (mulher)</i>	<i>% (mulher)</i>	<i>N (homem)</i>	<i>% (homem)</i>
Categoria 1	96	23.6	55	13.5
Categoria 2	173	42.5	235	57.7
Categoria 3	115	28.3	109	26.8
Categoria 4	23	5.6	2	0.5
Categoria 5	0	0	0	0
Não respondeu	-	-	6	1.5

Estatuto socioeconómico do casal

	<i>N</i>	<i>%</i>
Categoria 1	36	8.8
Categoria 2	258	63.4
Categoria 3	103	25.3
Categoria 4	4	1
Categoria 5	0	0
Não respondeu	6	1.5

Concelho Residência

Águeda	4	1
Alcobaça	1	0.2
Alvaiázere	3	0.7
Anadia	1	0.2
Ansião	14	3.4
Arganil	2	0.5
Aveiro	6	1.5
Cantanhede	23	5.7
Carregal do sal	1	0.2
Castanheira de pêra	2	0.5
Castelo branco	3	0.7
Coimbra	85	20.9
Condeixa	28	6.9
Figueira da foz	11	2.7
Figueiró dos vinhos	6	1.5
Góis	1	0.2
Ílhavo	11	2.7
Leiria	7	1.7
Lousã	17	4.2
Marinha grande	2	0.5
Mealhada	7	1.7
Mira	5	1.2
Miranda do corvo	14	3.4
Montemor	34	8.4
Mortágua	1	0.2
Nazaré	1	0.2
Oleiros	1	0.2
Oliveira do bairro	2	0.5
Oliveira do hospital	2	0.5
Pampilhosa	3	0.7
Pedrógão grande	4	1.0
Penacova	7	1.7
Penela	5	1.2
Pombal	31	7.6
Porto de Mós	2	0.5
Proença-a-Nova	2	0.5
Seia	2	0.5
Sertã	20	4.9
S. João da madeira	1	0.2

Continuação do quadro

<i>Doenças associadas à gravidez</i>				
Sim		10		2.5
Não		397		97.5
<i>... se sim, quais</i>				
Anemia		1		10
APP (ameaça de parto prematuro)		1		10
Descolamento da placenta		1		10
Hemorroidal		1		10
Hipotiróidismo		1		10
Infecções		3		30
Mioma uterino		1		10
Tromboflebite		1		10

	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
<i>Aumento de peso na gravidez</i> N(407)	0.00	16.00	5.28	2.61

<i>Fuma durante a gravidez</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Não	388	95.3
Sim	19	4.7
<i>... se sim, quantos cigarros por dia*</i>		
1	3	15.8
2	2	10.5
3	1	5.3
4	4	21.1
5	2	10.5
6	1	5.3
7	3	15.8
10	2	10.5
20	1	5.3
*(M = 5.42, DP = 4.46)		
<i>Consumo de bebidas alcoólicas</i>		
Ocasionalmente	28	6.9
Nunca	379	93.1

Quadro 3. Medidas descritivas de caracterização da história ginecológica e obstétrica da mulher

<i>Menarca (idade)</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
N = 405 (não respostas = 2)	8.00 (N=1)	18.00 (N=1)	12.40	1.51

<i>Regularidade menstrual</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Regular	291	71.5
Irregular	115	28.3
<i>Como se sentia durante as menstruações</i>		
Confortável	22	5.4
Indiferente	90	22.1
Incômodo sem dor	106	26.0
Dor	188	46.2
Não respondeu	1	0.2
<i>Paridade</i>		
Primigesta	211	51.8
Multigesta	196	47.2

Continuação do quadro

**Nº de gravidezes anteriores à actual,
na mulher multigesta**

1	136	69.4
2	39	19.9
3	13	6.6
4	8	4.1

Interrupções de gravidez

Não	122	62.2
Sim	74	37.8

... se sim, nº de interrupções de gravidez

1	51	68.9
2	18	24.3
3	4	5.4
4	1	1.4

nº de interrupções voluntárias*

	<i>N</i>	<i>%</i>
1	8	100

*(10.8% do total das IG)

... semanas de gestação das interrupções voluntárias

1 a 5 (Min. 3 sem.)	3	37.5
6 a 10	4	50
11 a 15 (Máx.12 sem.)	1	12.5

... idade nas interrupções voluntárias

<i>N</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
8	14	32	23.37	5.37

nº de interrupções espontâneas*

	<i>N</i>	<i>%</i>
1	44	74.6
2	11	18.6
3	3	5.1
4	1	1.7

*(79.9% do total das IG)

... semanas de gestação das IEG	1ª IEG		2ª IEG		3ª IEG	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
1 a 5 semanas	7	11.9	1	6.7	0	0
6 a 10 semanas	38	64.4	10	66.7	2	50
11 a 15 semanas	12	20.3	1	6.7	0	0
16 a 20 semanas	1	1.7	1	6.7	2	50
21 a 25 semanas	1	1.7	1	6.7	0	0
26 a 30 semanas	0	0	1	6.7	0	0

... idade nas interrupções espontâneas

IEG	<i>N</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
1ª	59	18.00	38.00	27.71	5.22
2ª	15	19.00	37.00	29.87	5.24
3ª	4	30.00	33.00	31.25	1.50

... nº de interrupções médicas

	<i>N</i>	<i>%</i>
1	8	66.7
2	4	33.3
Total (16.2% do total das IG)	12	100

<i>Continuação do quadro</i>				
... <i>Semanas de gestação das interrupções médicas</i>	<i>1ª IMG</i>		<i>2ª IMG</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
6 a 10 semanas	6	50	3	75
11 a 15 semanas	2	16.7	1	25
16- 20 semanas	2	16.7	0	0
31-35 semanas	2	16.7	0	0
Total	12	100	4	100

<i>... idade nas interrupções médicas</i>					
<i>IMG</i>	<i>N</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
1ª	12	22.00	34.00	29.33	4.14
2ª	4	30.00	36.00	33.25	2.50

<i>Nº de nascimentos e de filhos nas mulheres com gravidez(es) anteriores</i>	<i>Nascimentos</i>		<i>Filhos</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
1	135	86.5	133	86.9
2	17	10.9	16	10.5
3	4	2.5	4	2.6
Total	156	100	153	100

<i>... idade da mulher em cada nascimento</i>	<i>1º Nascimento</i> (n = 156)	<i>2º Nascimento</i> (n = 21)	<i>3º Nascimento</i> (n = 4)
<i>Mín.</i>	15.00	19.00	21.00
<i>Máx.</i>	36.00	34.00	30.00
<i>M</i>	24.85	24.57	24.50
<i>DP</i>	4.70	3.76	3.87

<i>Faixa etária em anos</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
15 - 20	31	19.9	2	9.5	0	0
21 - 25	55	35.3	13	61.9	3	75
26 - 30	51	32.7	4	19	1	25
31 - 35	18	11.5	2	9.5	0	0
36 - 40	1	0.6	0	0	0	0
Total	156	100	21	100	4	100

<i>Semanas de gestação nascimento</i>	<i>1º Bebê</i> (n = 156)	<i>2º Bebê</i> (n = 21)	<i>3º Bebê</i> (n = 4)
<i>Mín.</i>	26.00	30.00	40.00
<i>Máx.</i>	42.00	41.00	41.00
<i>M</i>	38.49	38.71	40.50
<i>DP</i>	0.18	2.45	0.58

<i>Semanas agrupadas</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
25 - 27	2	1.3	0	0	0	0
28 - 30	0	0	1	4.8	0	0
31 - 33	2	1.3	0	0	0	0
34 - 36	16	10.3	1	4.8	0	0
37 - 39	79	50.6	9	42.9	0	0
40 - 42	57	36.5	10	47.6	4	100
Total	156	100	21	100	4	100

<i>Continuação do quadro</i>		
... teve doenças na(s) gravidez(es) anterior(es)	<i>N</i>	<i>%</i>
Não	161	82.1
Sim	35	17.9
Total	196	100
... se sim, quais		
Ameaça de parto pré-termo	8	22.9
Colestase gravídica	1	2.9
Diabetes gestacional	5	14.3
Diabetes gestacional +HTA	3	8.6
Doença de sangue	1	2.9
Doença da tiróide	2	5.7
Dor	2	5.7
Gravidez ectópica	1	2.9
HTA	7	20
Infecções	2	5.7
Lúpus	1	2.9
Obesidade	1	2.9
Pré-eclâmpsia	1	2.9
Total sujeitos com patologia	35	100
<hr/>		
... e internamentos	<i>N</i>	<i>%</i>
Não	16	45.7
Sim	19	54.3
Total	196	100
... motivo do internamento		
Ameaça de parto pré-termo	5	26.3
Colestase hepática	1	5.3
Cólica renal	1	5.3
Curetagem	1	5.3
DG	1	5.3
Gravidez ectópica	1	5.3
Help síndrome	1	5.3
HTA	4	21.1
HTA+ Ameaça parto pré-termo	1	5.3
Infecções	1	5.3
Morte fetal	1	5.3
Pré-eclâmpsia	1	5.3
Total	19	100
<hr/>		
Problemas de saúde anteriores à gravidez actual (n = 407)		
Adenoma da hipófise	1	0.2
Asma/rinite/bronquite	9	2.2
Cardiopatía	3	0.7
Colesterol elevado	1	0.2
Depressão	3	0.7
Diabetes tipo 1	2	0.5
Diabetes tipo 2	1	0.2
Doença coluna	2	0.5
Doença dermatológica	1	0.2
Doença hematológica	5	1.2
Doença tiróide	9	2.2
Endometriose	2	0.5
HTA	12	2.9
Infertilidade	1	0.2
LES	1	0.2
Litíase renal	1	0.2

<i>Continuação do quadro 3</i>		
Obesidade	1	0.2
Patologia imune	1	0.2
Perturbação ansiedade	2	0.5
Quisto ósseo	1	0.2
Taquicardia	1	0.2
Tumor	1	0.2
Tumor benigno	5	12
Úlcera gástrica	1	0.2
Varizes	1	0.2
Sem patologia anterior	339	83.3
<i>Nº gravidezes com actual marido/companheiro</i>		
1	244	60
2	115	28.3
3	36	8.8
4	8	2
5	4	1

Quadro 4. Medidas descritivas de caracterização da história da maternidade e da paternidade em casamentos/coabitações anteriores

<i>Casamento/coabitação anterior</i>	<i>Mulher</i>		<i>Homem</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Não	368	90.4	375	92.1	
Sim	39	9.6	32	7.9	
Total	407	100	407	100	
<i>.... gravidez de casamento/coabitação anterior</i>					
Não	12	30.8	10	31.3	
Sim	27	69.2	22	68.8	
Total	39	100	32	100	
<i>... se sim, quantas gravidezes</i>					
1 Gravidez	19	70.4	16	72.7	
2 Gravidezes	6	22.2	4	18.2	
3 Gravidezes	1	3.7	2	9.1	
4 Gravidezes	1	3.7	0	0	
Total	27	100	22	100	
<i>... quantas interrompidas</i>					
1	3	75	1	100	
2	1	25	0	0	
Total	4	100	1	100	
<i>... quantas completas</i>					
1	19	76	15	71.4	
2	4	16	4	19	
3	2	8	2	9.5	
Total	25	100	21	100	
<i>... Semanas de gestação das gravidezes de casamento/coabitação anterior do homem</i>					
	<i>N</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
1ª gravidez	20	36.00	41.00	39.65	1.14
2ª gravidez	6	39.00	40.00	39.83	0.41
3ª gravidez	2	40.00	40.00	40.00	0.00

Continuação do quadro 4

<i>... idade do homem no nascimento de filhos de outro casamento/coabitação</i>					
Idade 1º nascimento	23	17.00	34.00	25.74	3.72
Idade 2º nascimento	6	22.00	33.00	28.83	3.97
Idade 3º nascimento	2	22.00	33.00	27.50	7.78

Existência de filhos no homem, independentemente da relação conjugal

	<i>N</i>	<i>%</i>
Sem filhos	261	64.1
Com filhos	146	35.9
Total	407	100

Quadro 5. Medidas descritivas de caracterização da gravidez actual na mulher e no homem

<i>Planeamento da gravidez</i>	<i>Mulher</i>		<i>Homem</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sim	313	76.9	311	76.4
Não	94	23.1	96	23.6
Total	407	100	407	100
<i>... se não planeou a gravidez, qual a aceitação</i>				
Aceitou facilmente	66	70.2	84	87.5
Aceitou dificilmente	27	28.7	11	11.5
Ainda não aceitou	1	1.1	1	1
Total	94	100	96	100
<i>... se não planeou a gravidez, na sua opinião qual a aceitação do seu marido/companheiro</i>				
Aceitou facilmente	79	84		
Aceitou dificilmente	15	16		
Ainda não aceitou	0	0		
Total	94	100		
<i>... se não planeou a gravidez, há razões para que não venha em boa altura</i>				
Sim	45	47.9	35	36.1
Não	49	52.1	62	63.9
Total	94	100	97	100
<i>... se há razões, quais</i>				
Problemas de saúde	2	4.4	1	2.9
Financeiras	23	51.1	17	48.5
Conjugais	2	4.4	1	2.9
Profissionais	4	8.9	2	5.7
Com outros filhos	4	8.9	1	2.9
Interferência com outros projectos	9	20	11	31.4
Outros	1	2.2	2	5.7
Total	45	100	35	100
<i>Instituição de saúde frequentam para vigilância pré-natal</i>				
Centro de saúde	236	58		
Maternidade	165	40.5		
Serviço privado	6	1.5		
Total	67	100		
<i>Local onde prevê que venha a ocorrer o parto</i>				
Coimbra	392	96.3		
Aveiro	9	2.3		
H. Castelo Branco	1	0.2		
França	1	0.2		
Porto	1	0.2		
Lisboa	3	0.8		
Total	407	100		

A3 - 2. Caracterização clínica do II e III trimestres de gravidez no 2º estudo

Quadro 6. Medidas descritivas de caracterização clínica do II e III trimestres de gravidez

<i>Ocorrência de doenças depois das 25 semanas de gestação*</i>	<i>N</i>	<i>%</i>			
Não	299	75.7			
Sim	96	24.3			
Total	395	100			
*Consideramos o N da amostra neste estudo = 395 (perderam-se 12 casos)					
<i>Se sim, quais...</i>					
Ameaça de parto prematuro (APP)	22	22.9			
Diabetes gestacional (DG)	21	21.9			
Hipertensão arterial (HTA)	10	10.4			
Oligoâmnios	9	9.4			
Cólica renal	6	6.3			
Colestase gravídica	3	3.1			
Diabetes gestacional e Hipertensão arterial	2	2.1			
Epigastralgias	2	2.1			
Gripe	2	2.1			
Hidrâmnios	2	2.1			
Tromboflebite	2	2.1			
Cólica lombar	1	1			
Diabetes gestacional, hidrâmnios e risco de trombofilia	1	1			
Doença hematológica	1	1			
Eclâmpsia	1	1			
Edemas	1	1			
Gastroenterite	1	1			
Help síndrome	1	1			
Infecção por CMV	1	1			
Isquemia uteroplacentar	1	1			
Malformações no bebê	1	1			
Metrorragia	1	1			
Obesidade	1	1			
Síndrome de transfusão feto-fetal	1	1			
Síndrome reumatismal	1	1			
Toxoplasmose	1	1			
Total	96	100			
<i>Doenças agrupadas</i>		<i>%</i>	<i>% do total</i>		
APP	22	22.9	(5.4)		
DG	22	22.9	(5.4)		
Doenças da gravidez e do feto	22	22.9	(5.4)		
HTA e afins	14	14.6	(3.4)		
Outras	16	16.7	(3.9)		
Total	96	100	(24.3)		
<i>Em que trimestre teve doença</i>					
II	33	34.4			
III	63	65.6			
<i>Internamento</i>					
Não	56	58.3			
Sim	40	41.7			
Total	96	100			
<i>Doenças</i>	<i>N</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Semanas de gestação	96	18.00	40.00	30.90	4.57
Número de dias	96	1.00	200.00	38.65	43.06
<i>Duração da gravidez em semanas</i>	395	25.00	41.00	38.54	1.66

A3– 3. Características do parto e saúde do bebé no momento do nascimento

Quadro 7. Medidas descritivas das características do parto

<i>Local do parto</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Maternidade Bissaia Barreto	363	91.9
Maternidade Daniel de Matos	15	3.8
Hospital de Aveiro	10	2.5
Hospital de Castelo Branco	2	0.5
Hospital de Leiria	2	0.5
Fora do País (França)	1	0.3
Hospital da Lapa no Porto	1	0.3
Hospital de S. João no Porto	1	0.3
Total	395	100
<i>Trabalho de parto</i>		
Induzido	129	32.7
Espontâneo	266	67.3
Total	395	100
<i>Tipo de parto</i>		
Eutócico	201	50.9
Fórceps	31	7.8
Ventosa	52	13.2
Cesariana	106	26.8
Fórceps+ventosa	5	1.3
Total	395	100
<i>Se cesariana, qual o motivo</i>		
Incompatibilidade feto-pélvica	39	36.8
Sofrimento fetal agudo	32	30.2
Apresentação pélvica	13	12.3
Cesariana anterior	10	9.4
Cesariana electiva	5	4.7
Macrossomia	3	2.8
Hipertensão arterial	2	1.9
Doença materna	1	0.9
Eclâmpsia grave	1	0.9
Total	106	100

Quadro 8. Medidas descritivas das características do bebê no momento do nascimento

	<i>N</i>			<i>%</i>	
<i>Sexo bebê</i>					
Masculino	206			52.2	
Feminino	187			47.3	
Não respondeu	2			0.5	
Total	395			100	
<i>Saúde bebê ao nascer</i>					
Normal	317			80.3	
Com problemas	76			19.2	
Morte fetal	2			0.5	
Total	395			100	
<hr/>					
<i>Peso do bebê</i>	<i>N</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
(gr)	393	1480.00	4420.00	3184.80	473.77
<i>Índice de APGAR</i>					
1º minuto	393	1.00	10.00	8.65	1.21
5º minuto	393	1.00	10.00	9.81	0.67
10º minuto	393	8.00	10.00	9.93	0.27
<hr/>					
		<i>N</i>			<i>%</i>
<i>Problemas do bebê ao nascer</i>					
Prematuro		25			32.9
Dificuldade respiratória		13			17.1
Circular apertada ao pescoço		12			15.8
Doença interna do bebê		13			17.1
Doença materna		1			1.3
Traumatismo da realização do parto		12			15.8
Total		76			100
<i>Separado da mãe após o parto</i>					
Não		62			81.6
Sim		14			18.4
Total		76			100
<hr/>					
	<i>N</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
<i>Se sim, quantos dias</i>	14	1.00	50.00	18.43	15.53
<hr/>					
		<i>N</i>			<i>%</i>
<i>Motivo da separação da mãe</i>					
Prematuro		10			71.4
Bossa serohemática		1			7.1
Dificuldade respiratória		1			7.1
Febre		1			7.1
Gemido		1			7.1
Total		14			100

A3 – 4. Características dos casais que constituíram a sub-amostra do terceiro estudo (n = 67 casais)

A3 – 4.1. Características sócio-demográficas

Quadro 9. Medidas descritivas das características sócio-demográficas

<i>Estado civil dos casais</i>			<i>N</i>	<i>%</i>
Casado			51	76.1
União de facto			16	23.9
Total			67	100

<i>Idade</i>	<i>N</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Mulher	67	22	38	30.21	4.24
Homem	67	22	44	31.79	4.94

<i>Anos Escolaridade</i>		<i>N</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Mulher		67	7	19	13.57	3.13
Homem		67	4	22	11.67	3.88

<i>Escolaridade</i> (Classificação de Graffar)	<i>Mulheres</i>		<i>Homens</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Nível 1 – Doutorados, licenciados e títulos universitários ou de cursos superiores; militares da academia; notórios	29	43.3	16	23.9
Nível 2 – Instrução secundária completa; bacharelato; instrução universitária incompleta	21	31.3	17	25.4
Nível 3 – Instrução secundária incompleta ou equivalente; militares de baixa patente	16	23.9	26	38.8
Nível 4 – Instrução primária completa	1	1.5	8	11.8
Nível 5 – Instrução primária incompleta e analfabetos	-	-	-	-

<i>Categoria profissional</i> (Classificação de Graffar)	<i>Mulheres</i>		<i>Homens</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Categoria 1 – Executivos; directores de empresas; professores; oficiais; possuidores de capitais	29	43.3	17	25.4
Categoria 2 – Comerciantes; fazendeiros; administradores de empresas; com licenciamentos	-	-	3	4.5
Categoria 3 – Operários especializados ou empregados; capatazes; técnicos administrativos e auxiliares	19	28.4	41	61.2
Categoria 4 – Operários sem qualificação; trabalhadores rurais; vendedores ambulantes	14	20.9	5	7.5
Categoria 5 – Ajudantes de obras; desempregados; pensionistas; indigentes e estudantes	5	7.5	1	1.5

<i>Situação laboral</i>		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Vínculo		45	67,2	50	74.6
Contrato de trabalho		14	20,9	4	6
Trabalho temporário		-	-	2	3
Conta própria		3	4,5	10	14.9
Desempregado (< 1 ano)		3	4,5	1	1.5
Desempregado (> 1 ano)		1	1,5	-	-
Não respondeu		1	1.5	-	-

Continuação do quadro 9

Fontes de rendimento

Salário mensal	60	89,6	63	94
Salário quinzenal ou diário	7	10,4	2	3
Honorários de profissão liberal	-	-	1	1,5
Subsídios ou pensões	-	-	1	1,5

Tipo de habitação dos casais

Apartamento	29	43,3
Moradia	38	56,7

Agregado familiar do casal

Cônjuge/companheiro(a) e 1 descendente	42	62,7
Cônjuge/companheiro(a) e 2 ou mais	25	37,3

Distribuição por níveis do estatuto socioeconómico do casal

Categoria	N	%
Categoria 1	11	16,4
Categoria 2	44	65,7
Categoria 3	11	16,4
Categoria 4	-	-
Categoria 5	-	-
Não respondeu	1	1,5

Distribuição por níveis do estatuto socioeconómico da mulher e do homem

Categoria	N (mulher)	% (mulher)	N (homem)	% (homem)
Categoria 1	27	40,3	13	19,4
Categoria 2	23	34,3	42	62,7
Categoria 3	17	25,4	11	16,4
Categoria 4	0	0	0	0
Categoria 5	0	0	0	0
Não respondeu	-	-	1	1,5

A3 – 4.2. Características Clínicas

Quadro 10. Medidas descritivas das características clínicas da sub-amostra do terceiro estudo

<i>Instituição de saúde frequentada na vigilância pré-natal</i>					
	<i>N</i>	<i>%</i>			
Centro de saúde	35	52.2			
Maternidade	31	46.3			
Serviço privado	1	1.5			
	<i>N</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Tempo gestação Semanas	67	16.00	25.00	21.34	2.40
Aumento de peso Kg	67	0.00	12.00	4.92	2.59
<i>Dificuldade em engravidar</i>					
Não	55	82.1			
Sim	12	17.9			
<i>... se sim, quanto tempo demorou até engravidar</i>					
Menos de 1 ano	5	7.5			
Mais de 1 anos	7	10.4			
Total	12	17.9			
<i>Doenças associadas à gravidez</i>					
Sim	0	0			
Não	67	100			
	<i>Mulher</i>		<i>Homem</i>		
<i>Planeamento da gravidez</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Sim	55	82.1	55	82.1	
Não	12	17.9	12	17.9	
<i>... se não planeou a gravidez, qual a aceitação</i>					
Aceitou facilmente	10	14.9		10	14.9
Aceitou dificilmente	2	3.0		1	1.5
Ainda não aceitou	0	0		1	1.5
Total	12	17.9		12	17.9
<i>... se não planeou a gravidez, há razões para que não venha em boa altura</i>					
Sim	3	4.5		5	7.5
Não	9	13.4		7	10.4
Total	12	17.9		12	17.9
<i>... se há razões, quais</i>					
Financeiras	1	1.5		2	3.0
Interferência com outros projectos	2	3.0		3	4.5
Total	3	4.5		5	7.5

Quadro 11. Medidas descritivas das características da história ginecológica e obstétrica da mulher

	<i>N</i>	<i>%</i>			
<i>Se já esteve grávida, teve doenças na(s) gravidez(es) anterior(es)</i>					
Não	26	38.8			
Sim	4	6			
Total	30	44.8			
<i>Problemas de saúde anteriores à gravidez actual</i>					
Asma/rinite/bronquite	1	1.5			
Cardiopatía	1	1.5			
Ansiedade/nervosa	2	3			
HTA	3	4.4			
Total	7	10.4			
<i>Nº filhos</i>					
0	43	64.2			
1	19	28.4			
2	5	7.5			
Total	67	100			
<i>Semanas de gestação do 1º bebé</i>	<i>N</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
	24	35	41	38.50	1.53

Quadro 12. Medidas descritivas das características da história da maternidade e da paternidade em casamentos/coabitações anteriores

Casamento/coabitação anterior	Mulher		Homem	
	N	%	N	%
Não	61	91	64	95.5
Sim	6	9	3	4.5
Total	67	100	67	100
.... gravidez de casamento/coabitação anterior				
Não	4	6	1	1.5
Sim	2	3	2	3.0
	(Completas)		(1 interrompida; 1 completa de 40 sem.)	
Total	6	9	3	4.5

A3 – 5. Características dos II e III trimestres de gravidez

Quadro 13. Medidas descritivas da caracterização do II e III trimestres de gravidez na sub-amostra em estudo

<i>Doença depois das 25 semanas de gestação</i>	N	%			
Não	47	70.1			
Sim	20	29.9			
Se sim, quais... doenças					
Ameaça de parto prematuro (APP)	4	20			
Diabetes gestacional (DG)	7	35			
Hipertensão arterial (HTA)	3	15			
Oligoâmnios	1	5			
Cólica renal	1	5			
Gripe	1	5			
Help síndrome	1	5			
Infecção por CMV	1	5			
Obesidade	1	5			
Doença agrupadas					
DG	7	35	(10.4)		
APP	4	20	(6)		
HTA e afins	4	20	(6)		
Doenças da gravidez e do feto	2	10	(3)		
Outras	3	15	(4.5)		
Em que trimestre teve doença					
II	8	40			
III	12	60			
Teve internamento					
Não	15	75			
Sim	5	25			
Em que semana teve a doença					
	N	Mín.	Máx.	M	DP
	67	18	40	29.95	5.40
Duração da gravidez em semanas					
	67	34	40	38,73	1,23

A3 – 6. Características do parto e saúde do bebê ao nascer

Quadro 14. Medidas descritivas das características do parto

<i>Trabalho de parto</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Induzido	20	29.9
Espontâneo	47	70.1
<i>Tipo de parto</i>		
Eutócico	42	62.7
Fórceps	4	6.0
Ventosa	9	13.4
Cesariana	11	16.4
Fórceps + ventosa	1	1.5
<i>Se cesariana, qual o motivo</i>		
Apresentação pélvica	2	18.2
Cesariana anterior	1	9.1
Incompatibilidade feto-pélvica	5	45.5
Sofrimento fetal agudo	3	27.3

Quadro 15. Medidas descritivas das características do bebê ao nascer

	<i>N</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
<i>Peso em Gr.</i>	67	2190	4300	3183.06	403.05
<i>Índice de APGAR</i>					
1º minuto	67	3	10	8.78	1.13
5º minuto	67	8	10	9.85	0.47
10º minuto	67	9	10	9.96	0.21
<i>Sexo bebê</i>					
Masculino	41		61.2		
Feminino	26		38.8		
<i>Saúde bebê ao nascer</i>					
Normal	53		79.1		
Com problemas	14		20.9		
<i>Se problemas, quais?</i>					
				<i>% em relação ao N total</i>	
Apêndice préauricular	1	1.5		7.1	
Bossa serohemática	1	1.5		7.1	
Cheiro fétido	1	1.5		7.1	
Circular apertada	4	6		28.9	
Dificuldade respiratória	1	1.5		7.1	
Distocia de ombros, fractura da clavícula	1	1.5		7.1	
Eritema tóxico	1	1.5		7.1	
Hemangioma extenso tronco e braço	1	1.5		7.1	
Prematuro	3	4.4		21.5	
Total	14	20.9		100	
<i>Síntese dos problemas ao nascer</i>					
Prematuro	3	4.5		21.4	
Dificuldade respiratória	1	1.5		7.1	
Circular apertada ao pescoço	4	6.0		28.6	
Doença interna do bebê	3	4.4		21.4	
Doença materna	1	1.5		7.1	
Traumatismo da realização do parto	2	3.0		14.4	
Total	14	20.9		100	
<i>Separado da mãe após o parto</i>					
Não	67		100		
Sim	0		0		

APÊNDICE 4
RESULTADOS DE TESTES DE HIPÓTESES

A4 – 1.

H₅: Tanto no grupo das mulheres como no grupo dos homens, existem diferenças significativas na vinculação pré-natal, tendo em conta os grupos constituídos com base nas variáveis sócio-demográficas (e.g., idade, escolaridade, profissão, nível socioeconómico) e clínicas (e.g., planeamento da gravidez, dificuldade em engravidar).

A4 – 1.1. Relação com as variáveis sóciodemográficas maternas

Quadro 1. Correlação de Pearson entre a idade da mulher e a vinculação pré-natal da mulher

	<i>QVM</i>		<i>IPM</i>		<i>EVPNM total</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Idade (anos)	-.06	.202	-.20	.000	-.17	.001

Quadro 2. Comparação de médias, com o teste t de Student, da vinculação pré-natal materna segundo o estado civil

<i>EVPNM</i>	<i>Estado civil</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
QVM	Casado	304	91.25	8.00	145.69	1.24	.216
	União de facto	103	89.87	10.32			
IPM	Casado	304	68.25	13.91	405	-1.28	.200
	União de facto	103	70.32	14.92			
EVPNM total	Casado	304	80.52	9.38	152.36	-0.19	.853
	União de facto	103	80.74	11.31			

Teste de Levene: QVM, $F = 7.19$, $p = .008$; EVPNM total, $F = 3.99$, $p = .046$

Quadro 3. Teste de ANOVA para comparação de médias da vinculação pré-natal materna conforme a escolaridade da mulher

<i>EVPNM</i>	<i>Escolaridade (categorias)</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
QVM	Categoria 1	124	91.58	7.37	3 403	0.76	.518
	Categoria 2	132	91.03	8.75			
	Categoria 3	113	90.54	9.43			
	Categoria 4	38	89.31	9.82			
IPM	Categoria 1	124	66.36	14.69	3 403	2.54	.056
	Categoria 2	132	68.45	13.80			
	Categoria 3	113	71.18	14.38			
	Categoria 4	38	70.58	12.16			
EVPNM total	Categoria 1	124	79.81	9.74	3 403	0.58	.628
	Categoria 2	132	80.49	9.72			
	Categoria 3	113	81.50	10.42			
	Categoria 4	38	80.57	9.49			

O teste pos-hoc de Bonferroni mostra que a diferença obtida por significância marginal acontece na IPM entre a categoria 1 e a categoria 3, também com significância marginal de $p=.054$.

Quadro 4. Correlação de Pearson entre os anos de escolaridade da mulher e a vinculação pré-natal materna

	<i>QVM</i>		<i>IPM</i>		<i>EVPNM total</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Anos escolaridade da mulher	.05	.329	-.13	.007	-.07	.184

Quadro 5. Teste de ANOVA de comparação das médias da vinculação pré-natal materna segundo as categorias profissionais da mulher

EVPNM	Profissão	N	M	DP	GL	F	p
QVM	Categoria 1	118	92.03	6.95		1.69	.168
	Categoria 3	138	91.24	8.97	3		
	Categoria 4	80	89.77	10.14	403		
	Categoria 5	71	89.66	8.64			
IPM	Categoria 1	118	92.03	6.95		1.86	.135
	Categoria 3	138	91.24	8.97	3		
	Categoria 4	80	89.77	10.14	403		
	Categoria 5	71	89.66	8.64			
EVPNM total	Categoria 1	118	92.03	6.95		0.54	.655
	Categoria 3	138	91.24	8.97	3		
	Categoria 4	80	89.77	10.14	403		
	Categoria 5	71	89.66	8.64			

Quadro 6. Teste de ANOVA de comparação de médias da vinculação pré-natal materna consoante o tipo de relação laboral da mulher

EVPNM	Estatuto ocupacional	N	M	DP	GL	F	p
QVM	Vínculo + conta própria	229	90.97	8.56	2	0.15	.865
	Contrato de trabalho + trabalho temporário	108	91.09	9.18	390		
	Desempregada	56	90.35	8.37			
IPM	Vínculo + conta própria	229	68.29	13.58	2	0.49	.616
	Contrato de trabalho + trabalho temporário	108	69.91	15.16	390		
	Desempregada	56	69.07	14.36			
EVPNM total	Vínculo + conta própria	229	80.39	9.456	2	0.26	.769
	Contrato de trabalho + trabalho temporário	108	81.20	10.79	390		
	Desempregada	56	80.42	9.96			

Quadro 7. Teste *t* de Student de comparação de médias da vinculação pré-natal materna segundo a fonte de rendimentos

EVPNM	Fonte de rendimentos	N	M	DP	GL	t	p
QVM	salário mensal	304	90.95	8.80	405	0.21	.834
	Subsídios + salário quinzenal/diário + honorários + rendimentos pessoais	103	90.75	8.24			
IPM	salário mensal	304	68.63	14.10	405	-0.34	.738
	Subsídios + salário quinzenal/diário + honorários + rendimentos pessoais	103	69.18	14.49			
EVPNM total	salário mensal	304	80.54	9.96	405	-0.13	.900
	Subsídios + salário quinzenal/diário + honorários + rendimentos pessoais	103	80.68	9.74			

Quadro 8. Teste de ANOVA de comparação de médias da vinculação pré-natal da mulher segundo a constituição do agregado familiar

EVPNM	Agregado familiar	N	M	DP	GL	F	p
QVM	Cônjuge/companheiro	225	91.49	8.59	2 404	1.65	.193
	Cônjuge/comp.+um descendente	123	89.74	8.32			
	Cônjuge/comp.+2 descendentes e/ou ascendentes	59	91.10	9.46			
IPM	Cônjuge/companheiro	225	69.52	14.46	2 404	2.36	.096
	Cônjuge/comp.+um descendente	123	66.52	13.99			
	Cônjuge/comp.+2 descendentes e/ou ascendentes	59	70.58	13.15			
EVPNM total	Cônjuge/companheiro	225	81.24	10.13	2 404	2.56	.079
	Cônjuge/comp.+um descendente	123	78.90	9.45			
	Cônjuge/comp.+2 descendentes e/ou ascendentes	59	81.53	9.58			

Quadro 9. Teste de ANOVA de comparação de médias da vinculação pré-natal materna consoante o estatuto socioeconómico da mulher

EVPNM	ESE mulher	N	M	DP	GL	F	p
QVM	Categoria 1	96	91.86	6.90	2 404	*	*
	Categoria 2	172	91.59	8.54			
	Categoria 3	139	89.39	9.68			
IPM	Categoria 1	96	66.67	14.38	2 404	1.39	.251
	Categoria 2	172	69.35	13.54			
	Categoria 3	139	69.50	14.78			
EVPNM total	Categoria 1	96	80.10	9.49	2 404	0.62	.539
	Categoria 2	172	81.21	9.38			
	Categoria 3	139	80.11	10.77			

Teste de homogeneidade da variância para QVM: $F = 3.75, p = .024$;

*Teste de Brown-Forsythe ($2, 378.79$) = 3.48, $p = .032$; Com o teste Bonferroni há uma significância marginal de $p = .07$ entre os grupos 2 e 3 com diferença de médias de 2.20.

Quadro 9. a. Teste pos-hoc de Bonferroni de comparação das médias da IPM e QVM segundo os níveis do estatuto socioeconómico do casal

EVPNM	ESE Casal		Diferença de Médias	p
IPM	1	2	6,29	.038
	1	3	6,83	.038
QVM	2	3	2.14	.095

Quadro 10. Teste de ANOVA de comparação de médias da vinculação pré-natal materna conforme o local de residência

EVPNM	Distrito	N	M	DP	GL	F	p
QVM	Coimbra	267	91.14	8.77	3 403	0.57	.633
	Aveiro	36	90.54	8.37			
	Leiria	72	91.02	7.80			
	Viseu, Castelo Branco e Guarda	32	89.06	9.88			
IPM	Coimbra	267	68.97	14.19	3 403	0.23	.876
	Aveiro	36	67.36	13.09			
	Leiria	72	68.25	15.31			
	Viseu, Castelo Branco e Guarda	32	69.87	13.11			
EVPNM Total	Coimbra	267	80.79	9.90	3 403	0.16	.921
	Aveiro	36	79.72	9.20			
	Leiria	72	80.39	10.28			
	Viseu, Castelo Branco e Guarda	32	80.10	10.03			

Quadro 11. Teste *t* de Student de comparação de médias da vinculação pré-natal na mulher conforme a Instituição de saúde que frequentou

EVPNM	Instituição	N	M	DP	GL	t	p
QVM	Centro de saúde	236	91.21	8.65	399	0.97	.333
	maternidade	165	90.36	8.58			
IPM	Centro de saúde	236	69.76	14.21	399	1.76	.079
	maternidade	165	67.23	14.17			
EVPNM total	Centro de saúde	236	81.20	10.01	399	1.63	.104
	Maternidade	165	79.57	9.71			

A4-1.2. Relação com as variáveis clínicas da grávida

Quadro 12. Teste *t* de Student de comparação de médias da vinculação pré-natal materna consoante a opinião da mulher da aceitação pelo marido/companheiro da gravidez não planeada

EVPNM	Aceitação pelo marido	N	M	DP	GL	t	p
QVM	facilmente	79	87.62	10.66	92	0.18	.856
	difícilmente	15	87.08	9.14			
IPM	facilmente	79	65.19	15.28	92	- 1.34	.184
	difícilmente	15	70.71	10.56			
EVPNM total	facilmente	79	77.15	11.41	92	- 0.74	.462
	difícilmente	15	79.44	8.49			

Quadro 13. Teste *t* de Student de comparação de médias da vinculação pré-natal na mulher segundo as razões para a vinda da gravidez não planeada

<i>EVPNM</i>	<i>Que razões</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
QVM	financeiras	25	82.50	12.69	41.469	-1.64	.108
	interferencia com	20	87.66	8.27			
	outros projectos						
IPM	financeiras	25	63.14	14.86	43	-0.67	.510
	interferencia com	20	66.07	14.44			
	outros projectos						
EVPNM total	financeiras	25	73.47	12.36	43	1.21	.233
	interferencia com	20	77.58	9.90			
	outros projectos						

Teste Levene para QVM $F=10.45$, $p = .002$

Quadro 14. Teste *t* de Student de comparação de médias da vinculação pré-natal na mulher conforme a dificuldade em engravidar

<i>EVPNM</i>	<i>Dificuldade engravidar</i>	<i>em</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
QVM	Não		327	90.62	9.01	150.824	1.56	.117
	Sim		80	92.07	6.96			
IPM	Não		327	68.24	14.46	405	1.53	.127
	Sim		80	70.94	12.86			
EVPNM total	Não		327	80.17	10.20	405	1.65	.099
	Sim		80	82.21	8.39			

Teste Levene para QVM, $F = 4.59$, $p = .033$

Quadro 15. Teste ANOVA de comparação de médias da vinculação pré-natal materna segundo o tempo que a mulher demorou até engravidar

<i>EVPNM</i>	<i>Tempo</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
QVM	menos de 6 meses	9	93.06	5.13	3	0.14	.935
	6 meses a 1 ano	28	91.74	7.28	76		
	1 a 2 anos	22	91.62	6.56			
	mais de 2 anos	21	92.56	7.94			
IPM	menos de 6 meses	9	75.40	12.04	3	1.09	.368
	6 meses a 1 ano	28	68.50	13.85	76		
	1 a 2 anos	22	69.64	11.39			
	mais de 2 anos	21	73.64	13.15			
EVPNM total	menos de 6 meses	9	84.82	7.66	3	0.82	.488
	6 meses a 1 ano	28	80.89	8.70	76		
	1 a 2 anos	22	81.36	7.59			
	mais de 2 anos	21	83.73	9.13			

Quadro 16. Comparação de médias através do teste *t* de Student, da vinculação pré-natal na mulher, conforme a consulta de um especialista

<i>EVPNM</i>	<i>Consulta</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
QVM	Sim	47	92.22	7.37	78	0.23	.819
	Não	33	91.86	6.44			
IPM	Sim	47	70.75	11.65	78	-0.16	.874
	Não	33	71.21	14.59			
EVPNM total	Sim	47	82.20	8.05	78	-0.12	.990
	Não	33	82.22	8.97			

Quadro 17. Teste *t* de Student de comparação de médias da vinculação pré-natal na mulher consoante a existência de internamentos em gravidezes anteriores

<i>EVPNM</i>	<i>Internamentos</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
QVM	Não	160	89.86	8.95	194	0.01	.990
	Sim	36	89.84	8.46			
IPM	Não	160	66.27	14.01	194	-1.11	.270
	Sim	36	69.15	14.39			
EVPNM total	Não	160	78.85	9.78	194	- 0.73	.464
	Sim	36	80.19	10.05			

Quadro 18. Teste *t* de Student de comparação de médias da vinculação pré-natal na mulher conforme a existência de casamento ou coabitação anterior

<i>EVPNM</i>	<i>Casamento anterior</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
QVM	Não	368	91.07	8.37	42.804	0.95	.347
	Sim	39	89.34	10.98			
IPM	Não	368	68.81	14.32	405	0.17	.867
	Sim	39	68.41	13.00			
total	Não	368	80.68	9.81	405	0.67	.507
	Sim	39	79.57	10.73			

Teste Levene para QVM $F = 4.043$, $p = .045$

Quadro 19. Correlação de Pearson entre a vinculação pré-natal na mulher e: as semanas de gestação actuais, o aumento de peso na gravidez, o nº de gravidezes anteriores e o nº de interrupções de gravidez

<i>Variáveis</i>	<i>QVM</i>		<i>IPM</i>		<i>EVPNM total</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Semanas de gestação actuais	.11	.025	.07	.165	.10	.048
Aumento de peso na gravidez actual	.10	.043	.12	.018	.13	.011
Num gravidezes anteriores	-.11	.027	-.10	.039	-.12	.016
Interrupções de gravidez	-.25	.03	.06	.64	-.09	.470
Nº de filhos	-.07	.187	-.09	.082	-.09	.075

Quadro 20. Correlação de Pearson entre a vinculação pré-natal na mulher e o número de cigarros que fuma por dia

Nº cigarros que fuma por dia durante a gravidez	<i>QVM</i>		<i>IPM</i>		<i>EVPNM total</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
	-.05	.848	.10	.674	.05	.846

Quadro 21. Teste *t* de Student de comparação de médias da vinculação pré-natal materna conforme o consumo de bebidas alcoólicas

<i>EVPNM</i>	<i>Consumo</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
QVM	ocasionalmente	28	87.72	9.99	403	- 2.022	.044
	nunca	379	91.14	8.51			
IPM	ocasionalmente	28	70.66	11.27	403	0.732	.465
	nunca	379	68.63	14.38			
EVPNM total	ocasionalmente	28	79.76	9.71	403	- 0.449	.653
	Nunca	379	80.63	9.91			

A4-1.3. Relação com as variáveis sociodemográficas paternas

Quadro 22. Correlação de Pearson entre a idade do homem e a vinculação pré-natal paterna

	<i>QVP</i>		<i>IPP</i>		<i>EVPNP total</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Idade do homem (anos)	-0.06	.207	-.14	.005	-.12	.019

Quadro 23. Teste *t* de Student de comparação de médias da vinculação pré-natal paterna consoante o estado civil

<i>EVPNP</i>	<i>Estado civil</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
QVP	Casado	304	84.91	10.97	405	-0.19	.852
	União de facto	103	85.14	11.33			
IPP	Casado	304	55.37	17.44	405	-1.77	.078
	União de facto	103	58.94	18.71			
EVPNP total	Casado	304	73.09	11.88	405	-1.14	.254
	União de facto	103	74.66	12.58			

Quadro 24. Teste de ANOVA de comparação de médias da vinculação pré-natal paterna conforme a escolaridade do homem

<i>EVPNP</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
QVP	Categoria 1	66	85.84	9.56	3	0.27	.843
	Categoria 2	98	84.38	10.24			
	Categoria 3	144	85.20	11.90			
	Categoria 4	98	84.65	11.62			
IPP	Categoria 1	66	56.09	17.69	3	1.28	.279
	Categoria 2	98	53.70	17.04			
	Categoria 3	144	56.48	18.94			
	Categoria 4	98	58.67	16.93			
EVPNP total	Categoria 1	66	73.94	11.15	3	0.61	.612
	Categoria 2	98	72.11	11.10			
	Categoria 3	144	73.72	13.45			
	Categoria 4	98	74.26	11.55			

Quadro 25. Correlação de Pearson entre os anos de escolaridade do homem e a vinculação pré-natal paterna

	<i>QVP</i>		<i>IPP</i>		<i>EVPNP total</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Anos de Escolaridade	.04	.471	-.05	.370	-.01	.894

Quadro 26. Teste de ANOVA de comparação de médias da vinculação pré-natal paterna segundo a categoria profissional

EVPNP	Profissão	N	M	DP	GL	F	P
QVP	Categoria 1	94	85.45	10.75	2	0.41	.661
	Categoria 3	274	84.64	11.29	403		
	Categoria 4	38	86.11	10.33			
IPP	Categoria 1	94	54.77	17.69	2	1.44	.238
	Categoria 3	274	56.08	18.27	403		
	Categoria 4	38	60.53	13.52			
EVPNP total	Categoria 1	94	73.18	11.82	2	0.85	.430
	Categoria 3	274	73.21	12.52	403		
	Categoria 4	38	75.88	8.92			

Quadro 27. Teste *t* de Student de comparação de médias da vinculação pré-natal paterna conforme os rendimentos do homem

EVPNP	Rendimentos	N	M	DP	GL	t	p
QVP	salário mensal	361	85.30	10.89	403	1.65	.100
	Subsídios + salário quinzenal/diário+ honorários + rendimentos pessoais	44	82.39	12.34			
IPP	salário mensal	361	56.54	17.78	403	1.27	.204
	Subsídios + salário quinzenal/diário + honorários + rendimentos pessoais	44	52.94	17.46			
EVPNP total	salário mensal	361	73.79	12.07	403	1.66	.099
	Subsídios + salário quinzenal/diário + honorários + rendimentos pessoais	44	70.61	11.85			

Quadro 28. Teste *t* de Student de comparação de médias da vinculação pré-natal paterna consoante o tipo de habitação

EVPNP	Habitação	N	M	DP	GL	t	p
QVP	Apartamento	166	85.74	10.33	405	1.17	.243
	Moradia	241	84.43	11.51			
IPP	Apartamento	166	57.77	18.37	405	1.41	.159
	Moradia	241	55.24	17.38			
EVPNP total	Apartamento	166	74.55	11.65	405	1.48	.141
	Moradia	241	72.76	12.31			

Quadro 29. Teste de ANOVA de comparação de médias da vinculação pré-natal paterna segundo o estatuto socioeconómico do homem

EVPNP	ESE Homem	N	M	DP	GL	F	p
QVP	Categoria 1	55	86.34	9.79	2	0.58	.558
	Categoria 2	235	84.91	10.91	398		
	Categoria 3	111	84.37	12.14			
IPP	Categoria 1	55	55.80	18.76	2	1.97	.141
	Categoria 2	235	55.00	18.17	398		
	Categoria 3	111	59.05	16.40			
EVPNP total	Categoria 1	55	74.12	11.97	2	.52	.593
	Categoria 2	235	72.94	12.37	398		
	Categoria 3	111	74.24	11.74			

A4-1.4. Relação com as variáveis clínicas paternas

Quadro 30. Teste *t* de Student de comparação de médias da vinculação pré-natal paterna conforme a aceitação, pelo homem, da gravidez não planeada

EVPNP	Aceitação	N	M	DP	GL	t	p
QVP	aceitou-a facilmente	84	83.70	12.25	93	1.10	.274
	aceitou-a dificilmente	11	79.55	6.49			
IPP	aceitou-a facilmente	84	54.94	17.74	93	0.62	.539
	aceitou-a dificilmente	11	51.52	13.21			
EVPNP total	aceitou-a facilmente	84	72.19	12.41	93	1.01	.317
	aceitou-a dificilmente	11	68.33	7.38			

Quadro 31. Teste *t* de Student de comparação de médias da vinculação pré-natal paterna segundo as razões para o homem, para a vinda da gravidez não planeada não ter sido em boa altura

EVPNP	Que razões	N	M	DP	GL	t	p
QVP	Financeiras	18	81.79	7.75	31	1.38	.178
	Interferência com outros projectos	15	76.67	13.31			
IPP	Financeiras	18	57.41	18.77	31	0.59	.556
	Interferência com outros projectos	15	54.17	17.53			
EVPNP total	Financeiras	18	72.04	10.78	31	1.09	.286
	Interferência com outros projectos	15	67.44	13.55			

Quadro 32. Teste *t* de Student de comparação de médias da vinculação pré-natal paterna conforme a dificuldade da mulher em engravidar

EVPNP	Dificuldade engravidar	N	M	DP	GL	t	p
QVP	Não	327	84.69	11.36	316	1.00	.316
	Sim	80	86.08	9.69			
IPP	Não	327	56.07	18.25	316	- 0.46	.649
	Sim	80	57.08	15.99			
EVPNP total	Não	327	73.24	12.47	316	- 0.82	.413
	sim	80	74.48	10.25			

Quadro 33. Teste ANOVA de comparação de médias da vinculação pré-natal paterna consoante o tempo que a mulher demorou a engravidar

EVPNP	Tempo	N	M	DP	GL	F	p
QVP	menos de 6 meses	327	86.73	6.63			
	6 meses a 1 ano	80	84.52	9.99	3		
	1 a 2 anos	22	84.34	10.96	76	1.49	.225
	mais de 2 anos	21	89.68	8.48			
IPP	menos de 6 meses	327	48.15	14.89			
	6 meses a 1 ano	80	56.10	14.89			
	1 a 2 anos	22	56.06	17.19	3	2.15	.101
	mais de 2 anos	21	63.29	15.23	76		
EVPNP total	menos de 6 meses	327	71.30	9.27			
	6 meses a 1 ano	80	73.16	10.91	3	2.12	.105
	1 a 2 anos	22	73.03	10.76	76		
	mais de 2 anos	21	79.13	8.12			

Quadro 34. Correlação de *Pearson* entre as semanas de gestação e a vinculação pré-natal paterna

Semanas de gestação e VPNP	QVP		IPP		EVPNPtotal	
	r	p	r	p	r	p
	.07	.086	.01	.409	.04	.188

Quadro 35. Teste *t* de Student de comparação de médias da vinculação pré-natal paterna conforme a existência de casamento ou coabitação anterior

EVPNP	Casam. Ant.	N	M	DP	GL	t	p
QVP	Não	10	86.94	11.64	30	0.10	.922
	Sim	22	86.49	12.25			
IPP	Não	10	58.75	13.81	30	0.63	.533
	Sim	22	55.30	14.56			
EVPNP total	Não	10	75.67	10.55	30	0.45	.654
	sim	22	74.02	9.10			

A4 – 2.

H₆ : As articulações da vinculação pré-natal com as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas em mulheres são diferentes das articulações observadas em homens.

A4 – 2.1. Regressão linear múltipla da QVM

Quadro 36. Coeficientes da regressão linear múltipla da QVM tendo em conta as variáveis independentes

Modelo		Coeficientes			t	p	Colinearidade	
		B	Erro	Beta			Tolerância	VIF
1	(Constante)	96.179	3.56		27.09	.000		
	Anos	-0.119	0.10	-0.062	-1.16	.249	.95	1.05
	Escolaridade	-0.063	0.16	-0.025	-0.40	.690	.68	1.48
	ESE_	-3.386	1.23	-0.173	-2.76	.006	.69	1.45
2	(Constante)	86.345	5.39		16.02	.000		
	Anos	-0.026	0.11	-0.014	-0.23	.817	.77	1.29
	Escolaridade	-0.162	0.17	-0.064	-0.97	.334	.60	1.67
	ESSE	-3.255	1.22	-0.166	-2.68	.008	.69	1.45
	Número nascimentos	0.401	1.11	0.027	0.36	.719	.46	2.19
	Semanas gestação	0.428	0.19	0.115	2.22	.027	.99	1.02
	Nº gravidezes anteriores	-1.435	0.72	-0.146	-1.99	.047	.49	2.04
3	(Constante)	85.399	5.72		14.93	.000		
	Anos	0.024	0.10	0.012	0.24	.815	.76	1.32
	Escolaridade	0.079	0.17	0.031	0.47	.642	.47	2.14
	ESSE	-2.497	1.10	-0.128	-2.27	.024	.67	1.49
	Número nascimentos	1.062	1.02	0.073	1.03	.302	.43	2.32
	Semanas gestação	0.428	0.17	0.115	2.45	.015	.96	1.04
	Nº gravidezes anteriores	-1.430	0.65	-0.146	-2.20	.029	.48	2.08
	EAGM_1F_FI	-0.909	0.18	-0.305	-4.95	.000	.56	1.79
	EAGM_2F_BM	-0.103	0.16	-0.043	-0.65	.514	.50	2.02
	EAGM_3F_GFMCP	-0.098	0.15	-0.035	-0.66	.512	.74	1.35
	EAGM_4F_ADGM	0.629	0.13	0.249	4.70	.000	.75	1.33
	EAGM_5F_RPM	0.063	0.20	0.017	0.32	.748	.80	1.26
	EAGM_6F_AMC	-0.327	0.31	-0.062	-1.06	.288	.63	1.58
	EAGM_7F_ICND	-0.313	0.22	-0.079	-1.39	.165	.67	1.50
4	(Constante)	93.988	5.73		16.40	.000		
	Anos	-0.045	0.10	-0.023	-0.46	.646	.74	1.35
	Escolaridade	-0.011	0.16	-0.004	-0.07	.946	.46	2.17
	ESSE	-1.370	1.06	-0.070	-1.29	.197	.64	1.56
	Número nascimentos	0.909	0.97	0.062	0.94	.349	.43	2.33
	Semanas gestação	0.293	0.17	0.079	1.77	.078	.95	1.06
	Nº gravidezes anteriores	-0.970	0.62	-0.099	-1.57	.117	.47	2.11
	EAGM_1F_FI	-0.929	0.17	-0.312	-5.35	.000	.55	1.81
	EAGM_2F_BM	-0.033	0.15	-0.014	-0.22	.830	.48	2.10
	EAGM_3F_GFMCP	-0.144	0.14	-0.052	-1.02	.309	.74	1.36
	EAGM_4F_ADGM	0.397	0.14	0.158	2.95	.003	.66	1.51
	EAGM_5F_RPM	0.017	0.19	0.004	0.09	.929	.78	1.28
	EAGM_6F_AMC	0.053	0.30	0.010	0.18	.859	.60	1.68
	EAGM_7F_ICND	-0.234	0.21	-0.059	-1.10	.273	.66	1.52
	PSS_	0.004	0.07	0.003	0.06	.953	.71	1.42
	DASS_depressão	-0.625	0.11	-0.398	-5.86	.000	.41	2.46
	DASS_stress	-0.030	0.09	-0.026	-0.34	.732	.33	3.05
DASS_ansiedade	0.288	0.15	0.124	1.96	.050	.47	2.11	
5	(Constante)	93.888	6.09		15.41	.000		
	Anos	-0.058	0.10	-0.030	-0.57	.566	.70	1.43
	Escolaridade	0.038	0.17	0.015	0.23	.817	.43	2.31
	ESSE	-1.502	1.10	-0.08	-1.37	.171	.60	1.67
	Número nascimentos	0.681	0.99	0.05	0.69	.491	.41	2.43

Continuação do quadro 36

Semanas gestação	0.298	0.17	0.08	1.77	.078	.91	1.09
Nº gravidezes anteriores	-0.685	0.63	-0.07	-1.08	.280	.45	2.22
EAGM_1F_FI	-0.956	0.18	-0.32	-5.44	.000	.54	1.85
EAGM_2F_BM	-0.063	0.16	-0.03	-0.41	.685	.46	2.18
EAGM_3F_GFMCP	-0.145	0.15	-0.05	-0.10	.319	.69	1.46
EAGM_4F_ADGM	0.387	0.14	0.15	2.79	.006	.62	1.61
EAGM_5F_RPM	0.082	0.19	0.02	0.43	.666	.75	1.34
EAGM_6F_AMC	0.070	0.30	0.01	0.23	.819	.58	1.73
EAGM_7F_ICND	-0.192	0.22	-0.05	-0.88	.380	.63	1.59
PSS	0.006	0.07	0.00	0.09	.931	.65	1.53
DASS_depressão	-0.698	0.14	-0.45	-5.06	.000	.24	4.11
DASS_stress	0.038	0.10	0.03	0.37	.710	.24	4.26
DASS_ansiedade	0.402	0.18	0.17	2.18	.030	.30	3.34
BSI_somatização	0.183	2.39	0.01	0.08	.939	.08	12.10
BSI_obsessão	-0.837	2.02	-0.06	-0.42	.679	.11	9.43
BSI_sensibilidade	3.328	1.55	0.23	2.14	.033	.16	6.35
BSI_depressão	1.321	2.25	0.09	0.59	.558	.09	11.17
BSI_ansiedade	-1.498	2.20	-0.09	-0.68	.497	.11	9.21
BSI_hostilidade	-0.620	1.86	-0.04	-0.33	.739	.13	7.85
BSI_ans_fóbica	1.723	1.89	0.08	0.91	.364	.23	4.39
BSI_ideação	-0.292	1.66	-0.02	-0.18	.860	.11	8.75
BSI_psicoticismo	-0.678	2.20	-0.04	-0.31	.758	.14	7.42
BSI_IGS	-2.692	13.91	-0.14	-0.19	.847	.00	285.60
BSI_TSP	-0.044	0.11	-0.07	-0.41	.683	.07	14.97
BSI_ISP	0.314	1.61	0.01	0.20	.845	.38	2.66
6 (Constante)	82.227	7.19		11.43	.000		
Anos	-0.063	0.10	-0.03	-0.63	.529	.69	1.46
Escolaridade	-0.005	0.17	-0.00	-0.03	.976	.42	2.36
ESSE	-1.285	1.10	-0.07	-1.17	.243	.59	1.71
Número nascimentos	1.199	0.99	0.08	1.21	.228	.40	2.50
Semanas gestação	0.319	0.17	0.09	1.89	.059	.90	1.12
Nº gravidezes anteriores	-0.788	0.63	-0.08	-1.25	.214	.44	2.27
EAGM_1F_FI	-0.928	0.17	-0.31	-5.32	.000	.54	1.86
EAGM_2F_BM	-0.063	0.15	-0.03	-0.41	.681	.46	2.19
EAGM_3F_GFMCP	-0.103	0.15	-0.04	-0.71	.481	.67	1.50
EAGM_4F_ADGM	0.344	0.14	0.14	2.45	.015	.59	1.69
EAGM_5F_RPM	0.145	0.19	0.04	0.76	.449	.72	1.39
EAGM_6F_AMC	0.364	0.33	0.07	1.11	.266	.49	2.05
EAGM_7F_ICND	-0.267	0.22	-0.07	-1.22	.223	.61	1.64
PSS	0.021	0.07	0.02	0.31	.755	.64	1.57
DASS_depressão	-0.613	0.14	-0.39	-4.32	.000	.23	4.42
DASS_stress	0.029	0.10	0.03	0.28	.780	.23	4.39
DASS_ansiedade	0.344	0.18	0.15	1.87	.063	.29	3.40
BSI_somatização	0.080	2.39	0.01	0.03	.973	.08	12.37
BSI_obsessão	-0.639	2.01	-0.04	-0.32	.751	.10	9.59
BSI_sensibilidade	3.214	1.55	0.23	2.07	.039	.15	6.48
BSI_depressão	0.756	2.26	0.05	0.33	.738	.09	11.43
BSI_ansiedade	-1.134	2.19	-0.07	-0.52	.604	.11	9.28
BSI_hostilidade	-1.121	1.89	-0.07	-0.60	.553	.12	8.26
BSI_ans_fóbica	1.343	1.90	0.06	0.71	.480	.22	4.51
BSI_ideação	-0.423	1.65	-0.03	-0.26	.798	.11	8.88
BSI_psicoticismo	-0.469	2.18	-0.03	-0.22	.830	.13	7.48
BSI_IGS	-1.807	13.88	-0.10	-0.13	.896	.00	290.56
BSI_TSP	-0.013	0.11	-0.02	-0.13	.900	.07	15.18
BSI_ISP	0.116	1.59	0.01	0.07	.942	.38	2.67
EASAVIC_funcionamento	0.555	0.35	0.96	1.61	.108	.01	193.58
EASAVIC_amor	0.385	0.32	0.82	1.22	.222	.00	244.27
EASAVIC_casal	-0.482	0.36	-0.728	-1.36	.176	.01	156.12
EASAVIC_outro	-0.487	0.39	-0.57	-1.24	.217	.01	117.04
EASAVIC_próprio	-0.259	0.30	-0.27	-0.86	.391	.02	53.60

<i>Continuação do quadro</i>							
7	(Constante)	80.490	8.34		9.45	.000	
	Anos	-0.083	0.10	-0.04	-0.82	.415	1.51
	Escolaridade	-0.027	0.17	-0.01	-0.0163	.870	2.38
	ESSE	-1.591	1.11	-0.08	-1.437	.152	1.76
	Número nascimentos	1.235	1.00	0.08	1.232	.219	2.58
	Semanas gestação	0.327	0.17	0.09	1.944	.053	1.13
	Nº gravidezes anteriores	-0.685	.637	-0.07	-1.075	.283	2.32
	EAGM_1F_FI	-0.856	0.18	-0.29	-4.832	.000	1.94
	EAGM_2F_BM	-0.153	0.16	-0.06	-0.972	.332	2.33
	EAGM_3F_GFMCP	-0.076	0.15	-0.03	-0.519	.604	1.52
	EAGM_4F_ADGM	0.294	0.14	0.12	2.058	.040	1.76
	EAGM_5F_RPM	0.162	0.19	0.04	0.840	.401	1.43
	EAGM_6F_AMC	0.277	0.33	0.05	0.841	.401	2.10
	EAGM_7F_ICND	-0.183	0.22	-0.05	-0.829	.408	1.68
	PSS	0.019	0.07	0.02	0.272	.786	1.69
	DASS_depressão	-0.584	0.14	-0.37	-4.098	.000	4.53
	DASS_stress	0.016	0.10	0.01	0.156	.876	4.48
	DASS_ansiedade	0.385	0.19	0.17	2.078	.038	3.48
	BSI_somatização	0.058	2.40	0.00	0.024	.981	12.59
	BSI_obsessão	-0.876	2.01	-0.06	-0.435	.664	9.70
	BSI_sensibilidade	3.505	1.57	0.25	2.236	.026	6.68
	BSI_depressão	0.690	2.27	0.04	0.304	.761	11.71
	BSI_ansiedade	-1.110	2.19	-0.07	-0.507	.612	9.41
	BSI_hostilidade	-0.858	1.88	-0.06	-0.456	.648	8.32
	BSI_ans_fóbica	1.022	1.90	0.05	0.537	.592	4.58
	BSI_ideação	-0.623	1.67	-0.05	-0.373	.709	9.18
	BSI_psicoticismo	-0.381	2.18	-0.02	-0.175	.861	7.55
	BSI_IGS	-2.342	13.93	-0.12	-0.168	.867	296.40
	BSI_TSP	0.003	0.11	0.01	0.031	.975	15.64
	BSI_ISP	0.091	1.60	0.00	0.057	.955	2.72
	EASAVIC_funcionamento	0.483	0.35	0.84	1.395	.164	197.22
	EASAVIC_amor	0.329	0.32	0.70	1.044	.297	248.28
	EASAVIC_casal	-0.409	0.36	-0.62	-1.148	.252	158.77
	EASAVIC_outro	-0.408	0.39	-0.48	-1.036	.301	118.54
	EASAVIC_próprio	-0.261	0.30	-0.27	-.857	.392	55.07
	IRP_1F	-0.216	0.13	-0.08	-1.725	.085	1.25
	IRP_2F	0.116	0.08	0.08	1.448	.149	1.51
	IRP_3F	0.309	0.21	0.07	1.497	.135	1.32
	IRP_4F	0.119	0.12	0.05	0.959	.338	1.72
	IRP_5F	-0.164	0.20	-0.04	-0.815	.415	1.35
	IRP_8F	-0.013	0.18	-0.00	-0.073	.942	1.51

Quadro 37. Teste de ANOVA da regressão linear múltipla da QVM tendo em conta os modelos

	<i>Modelo</i>	<i>Soma dos quadrados</i>	<i>GL</i>	<i>Quadrados médios</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
1	Regressão	731.79	3	243.93	3.29	.021
	Resíduo	26655.21	359	74.25		
	Total	27387.01	362			
2	Regressão	1473.92	6	245.65	3.38	.003
	Resíduo	25913.09	356	72.79		
	Total	27387.01	362			
3	Regressão	7074.61	13	544.20	9.35	.000
	Resíduo	20312.40	349	58.20		
	Total	27387.01	362			
4	Regressão	9599.20	17	564.66	10.95	.000
	Resíduo	17787.81	345	51.56		
	Total	27387.01	362			
5	Regressão	10211.93	29	352.14	6.83	.000
	Resíduo	17175.08	333	51.58		
	Total	27387.01	362			
6	Regressão	10828.99	34	318.50	6.31	.000
	Resíduo	16558.02	328	50.48		
	Total	27387.01	362			
7	Regressão	11321.85	40	283.05	5.67	.000
	Resíduo	16065.16	322	49.89		
	Total	27387.01	362			

A4 – 2.2. Regressão linear múltipla da IPM**Quadro 38.** Coeficientes da regressão linear múltipla da IPM tendo em conta as variáveis independentes

<i>Modelo</i>		<i>Coefficientes</i>			<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Colinearidade</i>	
		<i>B</i>	<i>Erro</i>	<i>Beta</i>			<i>Tolerância</i>	<i>VIF</i>
1	(Constante)	89.863	5.69		15.785	.000		
	Anos	-0.497	0.17	-0.160	-3.011	.003	.950	1.052
	Escolaridade	-0.464	0.25	-0.115	-1.824	.069	.676	1.478
	ESE_	-1.791	1.97	-0.057	-0.911	.363	.691	1.448
2	(Constante)	77.779	8.70		8.944	.000		
	Anos	-0.371	0.18	-0.119	-2.034	.043	.774	1.291
	Escolaridade	-0.605	0.27	-0.149	-2.247	.025	.600	1.665
	ESSE	-1.630	1.96	-0.052	-0.831	.407	.688	1.454
	Número nascimentos	-0.141	1.80	-0.006	-0.078	.938	.457	2.186
	Semanas gestação	0.524	0.31	0.087	1.685	.093	.985	1.015
	Nº gravidezes anteriores	-1.487	1.16	-0.094	-1.278	.202	.490	2.040
3	(Constante)	96.791	9.58		10.107	.000		
	Anos	-0.333	0.17	-0.107	-1.950	.052	.759	1.318
	Escolaridade	-0.163	0.28	-0.040	-0.577	.564	.468	2.138
	ESSE	-0.539	1.84	-0.017	-0.293	.770	.673	1.486
	Número nascimentos	0.858	1.72	0.036	0.499	.618	.431	2.320
	Semanas gestação	0.483	0.29	0.081	1.654	.099	.963	1.038
	Nº gravidezes anteriores	-1.331	1.09	-0.084	-1.222	.223	.481	2.077
	EAGM_1F_FI	-1.081	0.31	-0.225	-3.515	.000	.558	1.792
	EAGM_2F_BM	-0.158	0.27	-0.040	-0.596	.551	.496	2.016
	EAGM_3F_GFMCP	-0.377	0.25	-0.084	-1.513	.131	.741	1.350
	EAGM_4F_ADGM	0.114	0.22	0.028	0.507	.613	.754	1.326
	EAGM_5F_RPM	-0.418	0.33	-0.069	-1.279	.202	.796	1.256
	EAGM_6F_AMC	-0.156	0.52	-0.018	-0.303	.762	.634	1.577
	EAGM_7F_ICND	-0.825	0.38	-0.128	-2.191	.029	.665	1.503

<i>Continuação do quadro 38</i>								
4	(Constante)	100.318	10.03		10.003	.000		
	Anos	-0.359	0.17	-0.115	-2.114	.035	.743	1.347
	Escolaridade	-0.209	0.28	-0.052	-0.746	.456	.461	2.171
	ESSE	0.534	1.85	0.017	0.288	.773	.642	1.558
	Número nascimentos	0.688	1.69	0.029	0.406	.685	.429	2.330
	Semanas gestação	0.370	0.29	0.062	1.276	.203	.947	1.056
	Nº gravidezes anteriores	-1.034	1.08	-0.065	-0.957	.339	.474	2.112
	EAGM_1F_FI	-1.057	0.30	-0.220	-3.476	.001	.552	1.811
	EAGM_2F_BM	-0.130	0.27	-0.033	-0.487	.627	.476	2.100
	EAGM_3F_GFMCP	-0.382	0.25	-0.085	-1.550	.122	.735	1.361
	EAGM_4F_ADGM	-0.009	0.24	-0.002	-0.036	.971	.661	1.512
	EAGM_5F_RPM	-0.462	0.32	-0.076	-1.425	.155	.783	1.278
	EAGM_6F_AMC	0.013	0.52	0.002	0.025	.980	.595	1.680
	EAGM_7F_ICND	-0.728	0.37	-0.113	-1.956	.051	.659	1.518
	PSS_	-0.026	0.11	-0.013	-0.232	.817	.711	1.406
	DASS_depressão	-0.681	0.19	-0.269	-3.647	.000	.407	2.456
	DASS_stress	0.079	0.15	0.042	0.515	.607	.328	3.048
	DASS_ansiedade	0.616	0.26	0.164	2.398	.017	.473	2.114
5	(Constante)	98.371	10.74		9.156	.000		
	Anos	-0.375	0.18	-0.120	-2.121	.035	.698	1.434
	Escolaridade	-0.215	0.29	-0.053	-0.739	.461	.434	2.306
	ESSE	-0.042	1.93	-0.001	-0.022	.983	.600	1.666
	Número nascimentos	0.571	1.74	0.024	0.328	.743	.412	2.428
	Semanas gestação	0.346	0.30	0.058	1.164	.245	.914	1.094
	Nº gravidezes anteriores	-1.065	1.12	-0.067	-0.953	.341	.450	2.222
	EAGM_1F_FI	-1.048	0.31	-0.218	-3.382	.001	.541	1.850
	EAGM_2F_BM	-0.120	0.27	-0.031	-0.440	.660	.460	2.175
	EAGM_3F_GFMCP	-0.461	0.26	-0.103	-1.794	.074	.687	1.455
	EAGM_4F_ADGM	0.061	0.25	0.015	0.248	.804	.622	1.609
	EAGM_5F_RPM	-0.413	0.34	-0.068	-1.234	.218	.746	1.341
	EAGM_6F_AMC	-0.021	0.54	-0.002	-0.040	.968	.578	1.730
	EAGM_7F_ICND	-0.697	0.39	-0.108	-1.812	.071	.627	1.594
	PSS	0.010	0.12	0.005	0.080	.936	.652	1.533
	DASS_depressão	-0.627	0.24	-0.247	-2.575	.010	.243	4.108
	DASS_stress	0.095	0.18	0.051	0.521	.603	.235	4.261
	DASS_ansiedade	0.576	0.33	0.153	1.770	.078	.299	3.342
	BSI_somatização	-0.528	4.21	-0.021	-0.125	.900	.083	12.102
	BSI_obsessão	-5.763	3.56	-0.236	-1.619	.106	.106	9.433
	BSI_sensibilidade	-0.100	2.74	-0.004	-0.037	.971	.157	6.354
	BSI_depressão	-2.152	3.98	-0.086	-0.541	.589	.090	11.166
	BSI_ansiedade	-0.303	3.88	-0.011	-0.078	.938	.109	9.205
	BSI_hostilidade	-2.083	3.28	-0.084	-0.635	.526	.127	7.854
	BSI_ans_fóbica	-0.189	3.34	-0.006	-0.057	.955	.228	4.393
	BSI_ideação	-0.818	2.92	-0.039	-0.280	.780	.114	8.752
	BSI_psicoticismo	-0.280	3.88	-0.009	-0.072	.942	.135	7.419
	BSI_IGS	4.312	24.53	0.141	0.176	.861	.004	285.600
	BSI_TSP	0.251	0.19	0.242	1.318	.188	.067	14.965
	BSI_ISP	1.228	2.84	0.033	0.433	.665	.376	2.657
6	(Constante)	76.899	12.70		6.054	.000		
	Anos	-0.380	0.18	-0.122	-2.152	.032	.686	1.459
	Escolaridade	-0.245	0.29	-0.061	-0.838	.403	.423	2.363
	ESSE	0.437	1.94	0.014	0.226	.822	.586	1.707
	Número nascimentos	1.386	1.75	0.059	0.791	.429	.400	2.498
	Semanas gestação	0.404	0.30	0.067	1.358	.175	.896	1.116
	Nº gravidezes anteriores	-1.173	1.12	-0.074	-1.048	.295	.441	2.267
	EAGM_1F_FI	-1.011	0.31	-0.210	-3.285	.001	.538	1.860
	EAGM_2F_BM	-0.126	0.27	-0.032	-0.465	.642	.457	2.186
	EAGM_3F_GFMCP	-0.397	0.26	-0.088	-1.538	.125	.668	1.497
	EAGM_4F_ADGM	-0.035	0.25	-0.009	-0.140	.889	.592	1.688
	EAGM_5F_RPM	-0.278	0.34	-0.046	-0.823	.411	.719	1.390

Continuação do quadro 38

EAGM_6F_AMC	0.404	0.58	0.047	0.700	.484	.488	2.049
EAGM_7F_ICND	-0.817	0.39	-0.127	-2.112	.035	.609	1.643
PSS	0.027	0.12	0.013	0.225	.822	.638	1.567
DASS_depressão	-0.448	0.25	-0.177	-1.790	.074	.226	4.421
DASS_stress	0.046	0.18	0.025	0.251	.802	.228	4.387
DASS_ansiedade	0.503	0.33	0.134	1.546	.123	.294	3.403
BSI_somatização	-0.506	4.22	-0.020	-0.120	.905	.081	12.373
BSI_obsessão	-5.360	3.56	-0.219	-1.508	.133	.104	9.589
BSI_sensibilidade	-0.180	2.74	-0.008	-0.066	.948	.154	6.477
BSI_depressão	-2.691	3.98	-0.107	-0.676	.500	.088	11.427
BSI_ansiedade	0.166	3.86	0.006	0.043	.966	.108	9.278
BSI_hostilidade	-2.265	3.33	-0.092	-0.680	.497	.121	8.260
BSI_ans_fóbica	-0.516	3.35	-0.015	-0.154	.878	.222	4.510
BSI_ideação	-1.127	2.92	-0.054	-0.386	.700	.113	8.875
BSI_psicoticismo	-0.333	3.86	-0.011	-0.086	.931	.134	7.481
BSI_IGS	4.132	24.51	0.135	0.169	.866	.003	290.656
BSI_TSP	0.314	0.19	0.302	1.651	.100	.066	15.180
BSI_ISP	0.979	2.81	0.027	0.348	.728	.375	2.666
EASAVIC_funcionamento	0.878	0.61	0.942	1.441	.150	.005	193.580
EASAVIC_amor	0.717	0.56	0.948	1.291	.198	.004	244.269
ESAVIC_casal	-0.807	0.63	-0.754	-1.285	.200	.006	156.117
EASAVIC_outro	-1.046	0.70	-0.764	-1.504	.134	.009	117.036
EASAVIC_próprio	-0.244	0.53	-0.157	-0.457	.648	.019	53.604
7 (Constante)	81.252	14.76		5.505	.000		
Anos	-0.423	0.18	-0.136	-2.363	.019	.661	1.512
Escolaridade	-0.282	0.29	-0.070	-0.968	.334	.421	2.377
ESSE	-0.010	1.96	0.000	-0.005	.996	.569	1.756
Número nascimentos	1.674	1.77	0.071	0.944	.346	.388	2.581
Semanas gestação	0.360	0.30	0.060	1.210	.227	.887	1.127
Nº gravidezes anteriores	-1.237	1.13	-0.078	-1.097	.273	.431	2.322
EAGM_1F_FI	-0.945	0.31	-0.197	-3.017	.003	.515	1.943
EAGM_2F_BM	-0.185	0.28	-0.047	-0.664	.507	.428	2.334
EAGM_3F_GFMCP	-0.349	0.26	-0.078	-1.347	.179	.659	1.518
EAGM_4F_ADGM	-0.103	0.25	-0.025	-0.409	.683	.569	1.758
EAGM_5F_RPM	-0.193	0.34	-0.032	-0.565	.573	.698	1.433
EAGM_6F_AMC	0.313	0.58	0.036	0.538	.591	.476	2.101
EAGM_7F_ICND	-0.800	0.39	-0.125	-2.053	.041	.595	1.681
PSS	0.039	0.12	0.019	0.316	.752	.593	1.685
DASS_depressão	-0.410	0.25	-0.162	-1.628	.105	.221	4.527
DASS_stress	0.058	0.18	0.031	0.315	.753	.223	4.476
DASS_ansiedade	0.487	0.33	0.130	1.488	.138	.288	3.477
BSI_somatização	-1.142	4.24	-0.045	-0.269	.788	.079	12.585
BSI_obsessão	-6.100	3.56	-0.250	-1.713	.088	.103	9.703
BSI_sensibilidade	-0.929	2.77	-0.041	-0.335	.738	.150	6.679
BSI_depressão	-3.038	4.02	-0.121	-0.757	.450	.085	11.707
BSI_ansiedade	-0.774	3.87	-0.029	-0.200	.842	.106	9.406
BSI_hostilidade	-2.212	3.33	-0.090	-0.665	.507	.120	8.321
BSI_ans_fóbica	-1.438	3.37	-0.043	-0.427	.670	.218	4.582
BSI_ideação	-2.350	2.96	-0.113	-0.795	.427	.109	9.179
BSI_psicoticismo	-0.919	3.86	-0.031	-0.238	.812	.132	7.551
BSI_IGS	10.028	24.65	0.328	0.407	.684	.003	296.404
BSI_TSP	0.325	0.19	0.313	1.691	.092	.064	15.637
BSI_ISP	0.148	2.83	0.004	0.052	.958	.367	2.724
EASAVIC_funcionamento	0.754	0.61	0.809	1.231	.219	.005	197.222
EASAVIC_amor	0.581	0.56	0.767	1.041	.299	.004	248.284
ESAVIC_casal	-0.687	0.63	-0.643	-1.090	.276	.006	158.770

<i>Continuação do quadro 38</i>							
EASAVIC_outra	-0.935	0.70	-0.683	-1.342	.181	.008	118.544
EASAVIC_próprio	-0.105	0.54	-0.068	-0.194	.846	.018	55.067
IRP_1F	-0.522	0.22	-0.123	-2.359	.019	.800	1.250
IRP_2F	0.156	0.14	0.063	1.100	.272	.661	1.513
IRP_3F	-0.300	0.37	-0.044	-0.822	.412	.757	1.321
IRP_4F	0.076	0.22	0.021	0.348	.728	.582	1.717
IRP_5F	0.087	0.36	0.013	0.244	.808	.741	1.350
IRP_8F	0.297	0.31	0.055	0.955	.340	.662	1.510

Quadro 39. ANOVA da regressão linear múltipla da IPM

	<i>Modelo</i>	<i>Soma dos quadrados</i>	<i>GL</i>	<i>Quadrados médios</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
1	Regressão	2828.89	3	942.96	4.94	.002
	Resíduo	68512.61	359	190.84		
	Total	71341.50	362			
2	Regressão	3897.37	6	649.56	3.43	.003
	Resíduo	67444.13	356	189.45		
	Total	71341.50	362			
3	Regressão	14410.52	13	1108.50	6.80	.000
	Resíduo	56930.98	349	163.13		
	Total	71341.50	362			
4	Regressão	16866.17	17	992.13	6.28	.000
	Resíduo	54475.33	345	157.90		
	Total	71341.50	362			
5	Regressão	17921.99	29	618.00	3.85	.000
	Resíduo	53419.51	333	160.42		
	Total	71341.50	362			
6	Regressão	19708.67	34	579.67	3.68	.000
	Resíduo	51632.84	328	157.42		
	Total	71341.50	362			
7	Regressão	21066.00	40	526.65	3.37	.000
	Resíduo	50275.50	322	156.14		
	Total	71341.50	362			

A4 – 2.3. Regressão linear múltipla da EVPNM total

Quadro 40. Coeficientes da regressão linear múltipla da EVPNM total tendo em conta as variáveis independentes

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes</i>			<i>Colinearidade</i>			
	<i>B</i>	<i>Erro</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Tolerância</i>	<i>VIF</i>
1 (Constante)	93.232	4.02		23.215	.000		
Anos	-0.295	0.12	-0.135	-2.536	.012	.950	1.052
Escolaridade	-0.250	0.18	-0.088	-1.395	.164	.676	1.478
ESE_	-2.641	1.39	-0.119	-1.905	.058	.691	1.448
2 (Constante)	82.347	6.10		13.493	.000		
Anos	-0.187	0.13	-0.086	-1.462	.145	.774	1.291
Escolaridade	-0.368	0.19	-0.130	-1.950	.052	.600	1.665
ESSE	-2.497	1.38	-0.113	-1.813	.071	.688	1.454
Número nascimentos	-1.460	0.82	-0.132	-1.787	.075	.490	2.040
Semanas gestação	0.473	0.22	0.113	2.166	.031	.985	1.015
Nº gravidezes anteriores	0.148	1.26	0.009	0.118	.906	.457	2.186

<i>Continuação do quadro 40</i>							
3	(Constante)	90.715	6.51		13.940	.000	
	Anos	-0.143	0.12	-0.065	-1.229	.220	.759 1.318
	Escolaridade	-0.034	0.19	-0.012	-0.179	.858	.468 2.138
	ESSE	-1.583	1.25	-0.071	-1.266	.206	.673 1.486
	Número nascimentos	-1.384	0.74	-0.125	-1.869	.062	.481 2.077
	Semanas gestação	0.454	0.20	0.108	2.286	.023	.963 1.038
	Nº gravidezes anteriores	0.966	1.17	0.058	0.828	.408	.431 2.320
	EAGM_1F_FI	-0.989	0.21	-0.294	-4.735	.000	.558 1.792
	EAGM_2F_BM	-0.129	0.18	-0.047	-0.716	.475	.496 2.016
	EAGM_3F_GFMCP	-0.228	0.17	-0.072	-1.346	.179	.741 1.350
	EAGM_4F_ADGM	0.388	0.15	0.136	2.549	.011	.754 1.326
	EAGM_5F_RPM	-0.162	0.22	-0.038	-0.728	.467	.796 1.256
	EAGM_6F_AMC	-0.248	0.35	-0.041	-0.707	.480	.634 1.577
	EAGM_7F_ICND	-0.552	0.26	-0.122	-2.157	.032	.665 1.503
4	(Constante)	96.942	6.65		14.568	.000	
	Anos	-0.191	0.11	-0.088	-1.698	.090	.743 1.347
	Escolaridade	-0.103	0.19	-0.036	-0.556	.579	.461 2.171
	ESSE	-0.481	1.23	-0.022	-0.391	.696	.642 1.558
	Número nascimentos	-1.000	0.72	-0.090	-1.394	.164	.474 2.112
	Semanas gestação	0.329	0.19	0.078	1.709	.088	.947 1.056
	Nº gravidezes anteriores	0.806	1.12	0.049	0.717	.474	.429 2.330
	EAGM_1F_FI	-0.989	0.20	-0.293	-4.900	.000	.552 1.811
	EAGM_2F_BM	-0.078	0.18	-0.028	-0.441	.660	.476 2.100
	EAGM_3F_GFMCP	-0.255	0.16	-0.081	-1.558	.120	.735 1.361
	EAGM_4F_ADGM	0.208	0.16	0.073	1.331	.184	.661 1.512
	EAGM_5F_RPM	-0.207	0.22	-0.048	-0.961	.337	.783 1.278
	EAGM_6F_AMC	0.035	0.35	0.006	0.100	.921	.595 1.680
	EAGM_7F_ICND	-0.464	0.25	-0.103	-1.879	.061	.659 1.518
	PSS_	-0.010	0.08	-0.007	-0.136	.892	.711 1.406
	DASS_depressão	-0.651	0.12	-0.366	-5.255	.000	.407 2.456
	DASS_stress	0.021	0.10	0.016	0.205	.838	.328 3.048
	DASS_ansiedade	0.441	0.17	0.167	2.589	.010	.473 2.114
5	(Constante)	95.980	7.13		13.471	.000	
	Anos	-0.206	0.12	-0.094	-1.754	.080	.698 1.434
	Escolaridade	-0.080	0.19	-0.028	-0.414	.679	.434 2.306
	ESSE	-0.821	1.28	-0.037	-0.640	.522	.600 1.666
	Número nascimentos	-0.863	0.74	-0.078	-1.164	.245	.450 2.222
	Semanas gestação	0.320	0.20	0.076	1.625	.105	.914 1.094
	Nº gravidezes anteriores	0.630	1.16	0.038	0.545	.586	.412 2.428
	EAGM_1F_FI	-0.999	0.21	-0.296	-4.861	.000	.541 1.850
	EAGM_2F_BM	-0.090	0.18	-0.033	-0.495	.621	.460 2.175
	EAGM_3F_GFMCP	-0.293	0.17	-0.093	-1.718	.087	.687 1.455
	EAGM_4F_ADGM	0.235	0.16	0.082	1.446	.149	.622 1.609
	EAGM_5F_RPM	-0.149	0.22	-0.035	-0.671	.502	.746 1.341
	EAGM_6F_AMC	0.027	0.36	0.005	0.076	.939	.578 1.730
	EAGM_7F_ICND	-0.428	0.26	-0.095	-1.676	.095	.627 1.594
	PSS	0.008	0.08	0.005	0.096	.924	.652 1.533
	DASS_depressão	-0.665	0.16	-0.374	-4.118	.000	.243 4.108
	DASS_stress	0.065	0.12	0.050	0.537	.592	.235 4.261
	DASS_ansiedade	0.483	0.22	0.183	2.238	.026	.299 3.342
	BSI_somatização	-0.149	2.79	-0.008	-0.053	.957	.083 12.102
	BSI_obsessão	-3.136	2.36	-0.183	-1.328	.185	.106 9.433
	BSI_sensibilidade	1.728	1.82	0.107	0.950	.343	.157 6.354
	BSI_depressão	-0.300	2.64	-0.017	-0.114	.910	.090 11.166
	BSI_ansiedade	-0.940	2.57	-0.050	-0.365	.715	.109 9.205
	BSI_hostilidade	-1.303	2.17	-0.075	-0.599	.549	.127 7.854
	BSI_ans_fóbica	0.831	2.22	0.035	0.375	.708	.228 4.393
	BSI_ideação	-0.537	1.94	-0.037	-0.277	.782	.114 8.752
	BSI_psicoticismo	-0.493	2.57	-0.023	-0.192	.848	.135 7.419
	BSI_IGS	0.577	16.27	0.027	0.035	.972	.004 285.600

<i>Continuação do quadro 40</i>							
	BSI_TSP	0.094	0.13	0.129	0.741	.459	14.965
	BSI_ISP	0.740	1.88	0.029	0.394	.694	2.657
6	(Constante)	79.741	8.37		9.523	.000	
	Anos	-0.211	0.12	-0.097	-1.812	.071	1.459
	Escolaridade	-0.117	0.19	-0.041	-0.607	.544	2.363
	ESSE	-0.481	1.28	-0.022	-0.377	.707	1.707
	Número nascimentos	-0.968	0.74	-0.087	-1.312	.190	2.267
	Semanas gestação	0.358	0.20	0.085	1.828	.068	1.116
	Nº gravidezes anteriores	1.286	1.16	0.078	1.114	.266	2.498
	EAGM_1F_FI	-0.966	0.20	-0.287	-4.764	.000	1.860
	EAGM_2F_BM	-0.093	0.18	-0.034	-0.518	.605	2.186
	EAGM_3F_GFMCP	-0.240	0.17	-0.076	-1.412	.159	1.497
	EAGM_4F_ADGM	0.167	0.16	0.059	1.022	.308	1.688
	EAGM_5F_RPM	-0.052	0.22	-0.012	-0.235	.814	1.390
	EAGM_6F_AMC	0.383	0.38	0.064	1.006	.315	2.049
	EAGM_7F_ICND	-0.524	0.26	-0.116	-2.054	.041	1.643
	PSS	0.024	0.08	0.017	0.302	.762	1.567
	DASS_depressão	-0.536	0.17	-0.302	-3.248	.001	4.421
	DASS_stress	0.037	0.12	0.028	0.306	.760	4.387
	DASS_ansiedade	0.418	0.21	0.159	1.950	.052	3.403
	BSI_somatização	-0.194	2.78	-0.011	-0.070	.945	12.373
	BSI_obsessão	-2.842	2.34	-0.166	-1.213	.226	9.589
	BSI_sensibilidade	1.630	1.81	0.101	0.902	.368	6.477
	BSI_depressão	-0.853	2.63	-0.048	-0.325	.746	11.427
	BSI_ansiedade	-0.528	2.55	-0.028	-0.207	.836	9.278
	BSI_hostilidade	-1.655	2.20	-0.096	-0.754	.451	8.260
	BSI_ans_fóbica	0.475	2.21	0.020	0.215	.830	4.510
	BSI_ideação	-0.751	1.93	-0.051	-0.390	.696	8.875
	BSI_psicoticismo	-0.405	2.54	-0.019	-0.159	.873	7.481
	BSI_IGS	0.964	16.16	0.045	0.060	.952	290.656
	BSI_TSP	0.139	0.13	0.191	1.112	.267	15.180
	BSI_ISP	0.519	1.86	0.020	0.280	.780	2.666
	EASAVIC_funcionamento	0.706	0.40	1.080	1.758	.080	193.580
	EASAVIC_amor	0.540	0.37	1.018	1.475	.141	244.269
	EASAVIC_casal	-0.634	0.41	-0.845	-1.531	.127	156.117
	EASAVIC_outro	-0.748	0.46	-0.779	-1.631	.104	117.036
	EASAVIC_próprio	-0.252	0.35	-0.232	-0.717	.474	53.604
7	(Constante)	80.846	9.71		8.324	.000	
	Anos	-0.242	0.12	-0.111	-2.050	.041	1.512
	Escolaridade	-0.146	0.19	-0.052	-0.761	.447	2.377
	ESSE	-0.853	1.29	-0.039	-0.662	.508	1.756
	Número nascimentos	-0.942	0.74	-0.085	-1.271	.205	2.322
	Semanas gestação	0.343	0.20	0.081	1.749	.081	1.127
	Nº gravidezes anteriores	1.440	1.17	0.087	1.234	.218	2.581
	EAGM_1F_FI	-0.897	0.21	-0.266	-4.354	.000	1.943
	EAGM_2F_BM	-0.168	0.18	-0.061	-0.916	.360	2.334
	EAGM_3F_GFMCP	-0.203	0.17	-0.065	-1.194	.234	1.518
	EAGM_4F_ADGM	0.108	0.17	0.038	0.653	.514	1.758
	EAGM_5F_RPM	-0.004	0.23	-0.001	-0.016	.988	1.433
	EAGM_6F_AMC	0.294	0.38	0.049	0.767	.444	2.101
	EAGM_7F_ICND	-0.471	0.26	-0.104	-1.836	.067	1.681
	PSS	0.028	0.08	0.020	0.349	.728	1.685
	DASS_depressão	-0.503	0.17	-0.283	-3.032	.003	4.527
	DASS_stress	0.036	0.12	0.027	0.295	.768	4.476
	DASS_ansiedade	0.433	0.23	0.164	2.008	.046	3.477
	BSI_somatização	-0.502	2.79	-0.028	-0.180	.857	12.585
	BSI_obsessão	-3.314	2.34	-0.193	-1.414	.158	9.703
	BSI_sensibilidade	1.436	1.82	0.089	0.787	.432	6.679

Continuação do quadro 40

BSI_depressão	-1.050	2.64	-0.060	-0.397	.691	.085	11.707
BSI_ansiedade	-0.953	2.55	-0.050	-0.374	.708	.106	9.406
BSI_hostilidade	-1.490	2.19	-0.086	-0.680	.497	.120	8.321
BSI_ans_fóbica	-0.126	2.22	-0.005	-0.057	.955	.218	4.582
BSI_ideação	-1.429	1.95	-0.098	-0.735	.463	.109	9.179
BSI_psicoticismo	-0.632	2.54	-0.030	-0.249	.804	.132	7.551
BSI_IGS	3.431	16.22	0.160	0.212	.833	.003	296.404
BSI_TSP	0.154	0.13	0.211	1.213	.226	.064	15.637
BSI_ISP	0.118	1.86	0.005	0.063	.950	.367	2.724
EASAVIC_funcionamento	0.609	0.40	0.932	1.512	.131	.005	197.222
EASAVIC_amor	0.446	0.37	0.841	1.217	.225	.004	248.284
ESAVIC_casal	-0.539	0.42	-0.718	-1.299	.195	.006	158.770
EASAVIC_outro	-0.654	0.46	-0.681	-1.426	.155	.008	118.544
EASAVIC_próprio	-0.188	0.35	-0.173	-0.531	.596	.018	55.067
IRP_1F	-0.359	0.15	-0.121	-2.463	.014	.800	1.250
IRP_2F	0.134	0.09	0.078	1.444	.150	.661	1.513
IRP_3F	0.025	0.24	0.005	0.103	.918	.757	1.321
IRP_4F	0.099	0.14	0.039	0.686	.493	.582	1.717
IRP_5F	-0.047	0.23	-0.010	-0.201	.841	.741	1.350
IRP_8F	0.132	0.21	0.035	0.644	.520	.662	1.510

Quadro 41. ANOVA da regressão linear múltipla da EVPNM total

	<i>Modelo</i>	<i>Soma dos quadrados</i>	<i>GL</i>	<i>Quadrados médios</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
1	Regressão	1001.82	3	333.94	3.52	.015
	Resíduo	34095.84	359	94.97		
	Total	35097.66	362			
2	Regressão	1884.13	6	314.02	3.37	.003
	Resíduo	33213.53	356	93.30		
	Total	35097.66	362			
3	Regressão	8811.76	13	677.83	9.00	.000
	Resíduo	26285.90	349	75.32		
	Total	35097.66	362			
4	Regressão	11115.75	17	653.87	9.41	.000
	Resíduo	23981.91	345	69.51		
	Total	35097.66	362			
5	Regressão	11602.76	29	400.10	5.67	.000
	Resíduo	23494.90	333	70.56		
	Total	35097.66	362			
6	Regressão	12656.21	34	372.24	5.44	.000
	Resíduo	22441.45	328	68.42		
	Total	35097.66	362			
7	Regressão	13329.82	40	333.25	4.93	.000
	Resíduo	21767.83	322	67.60		
	Total	35097.66	362			

A4 – 2.4. Regressão linear múltipla da QVP

Quadro 42. Coeficientes da regressão linear múltipla da QVP tendo em conta as variáveis independentes

	<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes</i>				<i>Colinearidade</i>		
		<i>B</i>	<i>Erro</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Tolerância</i>	<i>VIF</i>
1	(Constante)	86.294	3.92		22.001	.000		
	idade	-0.085	0.11	-0.042	-0.811	.418	.992	1.008
	Anos escolaridade	0.125	0.19	0.041	0.641	.522	.648	1.543
	ESE	-0.040	1.57	-0.002	-0.026	.980	.652	1.534
2	(Constante)	79.928	6.60		12.107	.000		
	idade	-0.090	0.11	-0.045	-0.794	.427	.847	1.180
	Anos escolaridade	0.138	0.20	0.046	0.697	.486	.630	1.587
	ESE	-0.118	1.58	-0.005	-0.075	.940	.651	1.537
	Nº de filhos	0.145	1.31	0.006	0.110	.912	.824	1.214
	Semanas gestação	0.299	0.24	0.064	1.226	.221	.989	1.012
3	(Constante)	83.348	6.85		12.168	.000		
	idade	-0.130	0.11	-0.065	-1.154	.249	.832	1.203
	Anos escolaridade	0.221	0.20	0.073	1.118	.264	.608	1.644
	ESE	0.309	1.61	0.013	0.193	.847	.607	1.648
	Nº de filhos	0.620	1.30	0.027	0.477	.634	.814	1.229
	Semanas gestação	0.327	0.24	0.070	1.353	.177	.976	1.025
	PSS	-0.170	0.11	-0.095	-1.563	.119	.701	1.427
	DASS_depressão	-0.391	0.18	-0.181	-2.181	.030	.379	2.640
	DASS_stress	-0.088	0.14	-0.055	-0.645	.520	.357	2.802
	DASS_ansiedade	0.550	0.25	0.163	2.205	.028	.480	2.082
	4	(Constante)	81.527	7.35		11.096	.000	
idade		-0.140	0.12	-0.070	-1.222	.222	.798	1.253
Anos escolaridade		0.216	0.20	0.072	1.071	.285	.579	1.726
ESE		0.822	1.64	0.034	0.500	.618	.575	1.739
Nº de filhos		0.291	1.32	0.013	0.221	.825	.788	1.270
Semanas gestação		0.351	0.24	0.075	1.442	.150	.956	1.047
PSS		-0.158	0.11	-0.089	-1.430	.154	.670	1.493
DASS_depressão		-0.326	0.22	-0.151	-1.468	.143	.245	4.076
DASS_stress		0.065	0.17	0.040	0.385	.701	.235	4.248
DASS_ansiedade		0.556	0.30	0.164	1.882	.061	.341	2.935
BSI_somatização		-5.564	4.58	-0.195	-1.216	.225	.101	9.861
BSI_obsessão		-5.340	3.57	-0.239	-1.495	.136	.102	9.806
BSI_sensibilidade		-5.643	2.82	-0.280	-2.000	.046	.132	7.576
BSI_depressão		-5.427	4.61	-0.244	-1.178	.240	.060	16.577
BSI_ansiedade		-3.473	4.39	-0.141	-0.791	.429	.082	12.205
BSI_hostilidade		-3.741	3.20	-0.181	-1.169	.243	.108	9.221
BSI_ans_fóbica		-2.557	3.87	-0.085	-0.660	.510	.156	6.427
BSI_ideação		-1.239	2.72	-0.078	-0.455	.649	.089	11.247
BSI_psicoticismo		-0.043	3.76	-0.002	-0.012	.991	.100	10.003
BSI_IGS		29.278	27.19	1.089	1.077	.282	.003	393.747
BSI_TSP	-0.087	0.17	-0.094	-0.511	.610	.077	13.058	
BSI_ISP	2.093	2.88	0.068	0.726	.468	.294	3.396	
5	(Constante)	39.314	7.93		4.960	.000		
	idade	-0.054	0.10	-0.027	-0.527	.599	.790	1.266
	Anos escolaridade	0.002	0.18	0.001	0.009	.993	.565	1.769
	ESE	0.106	1.48	0.004	0.072	.943	.566	1.768
	Nº de filhos	1.520	1.19	0.066	1.283	.200	.776	1.289
	Semanas gestação	0.330	0.22	0.070	1.514	.131	.953	1.049
	PSS	-0.110	0.10	-0.062	-1.104	.270	.662	1.511
	DASS_depressão	-0.190	0.20	-0.088	-0.955	.340	.243	4.115
	DASS_stress	0.128	0.15	0.080	0.852	.395	.235	4.261
	DASS_ansiedade	0.449	0.26	0.133	1.701	.090	.340	2.943
	BSI_somatização	-5.197	4.09	-0.182	-1.271	.205	.101	9.901
	BSI_obsessão	-4.573	3.19	-0.204	-1.434	.152	.102	9.825
	BSI_sensibilidade	-4.779	2.52	-0.238	-1.895	.059	.131	7.606
	BSI_depressão	-2.494	4.14	-0.112	-0.603	.547	.060	16.785
	BSI_ansiedade	-3.234	3.93	-0.131	-0.823	.411	.081	12.287
	BSI_hostilidade	-3.131	2.86	-0.151	-1.094	.275	.108	9.259
	BSI_ans_fóbica	-4.570	3.47	-0.152	-1.319	.188	.155	6.463
	BSI_ideação	-0.602	2.45	-0.038	-0.246	.806	.087	11.429
	BSI_psicoticismo	1.921	3.36	0.082	0.571	.568	.099	10.072
	BSI_IGS	20.084	24.30	0.747	0.827	.409	.003	395.002

Continuação do quadro 42

	BSI_TSP	0.050	0.15	0.054	0.322	.748	.075	13.378
	BSI_ISP	1.784	2.57	0.058	0.693	.489	.294	3.405
	EASAVIC_funcionamento	0.077	0.09	0.097	0.904	.367	.181	5.524
	EASAVIC_amor	0.309	0.17	0.506	1.856	.064	.028	35.921
	EASAVIC_outro	-0.101	0.25	-0.093	-0.401	.689	.038	26.209
	EASAVIC_próprio	0.000	0.23	0.000	0.001	.999	.058	17.386
6	(Constante)	24.265	9.89		2.455	.015		
	idade	-0.062	0.10	-0.031	-0.597	.551	.779	1.284
	Anos escolaridade	-0.025	0.19	-0.008	-0.138	.891	.547	1.830
	ESE	0.232	1.49	0.009	0.156	.876	.553	1.808
	Nº de filhos	1.434	1.19	0.062	1.207	.228	.765	1.307
	Semanas gestação	0.323	0.22	0.069	1.468	.143	.925	1.081
	PSS	-0.102	0.10	-0.057	-1.001	.317	.623	1.606
	DASS_depressão	-0.176	0.20	-0.082	-0.878	.380	.237	4.221
	DASS_stress	0.128	0.15	0.080	0.835	.404	.223	4.481
	DASS_ansiedade	0.479	0.27	0.142	1.803	.072	.332	3.009
	BSI_somatização	-4.289	4.12	-0.150	-1.040	.299	.098	10.153
	BSI_obsessão	-3.797	3.21	-0.170	-1.182	.238	.099	10.050
	BSI_sensibilidade	-4.431	2.55	-0.220	-1.738	.083	.128	7.832
	BSI_depressão	-1.312	4.17	-0.059	-0.315	.753	.058	17.182
	BSI_ansiedade	-2.686	3.93	-0.109	-0.684	.494	.081	12.378
	BSI_hostilidade	-2.582	2.87	-0.125	-0.899	.369	.106	9.413
	BSI_ans_fóbica	-3.991	3.49	-0.133	-1.143	.254	.151	6.616
	BSI_ideação	-0.140	2.47	-0.009	-0.057	.955	.085	11.703
	BSI_psicoticismo	2.179	3.41	0.093	0.639	.523	.096	10.420
	BSI_IGS	14.241	24.53	0.530	0.581	.562	.002	405.983
	BSI_TSP	0.075	0.16	0.081	0.481	.631	.073	13.768
	BSI_ISP	2.400	2.58	0.078	0.930	.353	.290	3.453
	EASAVIC_funcionamento	0.060	0.09	0.075	0.691	.490	.174	5.736
	EASAVIC_amor	0.298	0.17	0.486	1.781	.076	.027	36.406
	EASAVIC_outro	-0.059	0.25	-0.055	-0.233	.816	.037	26.750
	EASAVIC_próprio	-0.034	0.23	-0.029	-0.152	.879	.057	17.570
	IRP_1F	-0.037	0.16	-0.012	-0.240	.810	.812	1.232
	IRP_2F	0.126	0.11	0.066	1.155	.249	.628	1.592
	IRP_3F	0.503	0.27	0.094	1.884	.060	.827	1.210
	IRP_4F	0.111	0.17	0.040	0.675	.500	.589	1.699
	IRP_5F	0.148	0.28	0.027	0.538	.591	.799	1.251
	IRP_8F	0.102	0.20	0.026	0.501	.616	.779	1.284

Quadro 43. ANOVA da regressão linear múltipla da QVP

	<i>Modelo</i>	<i>Soma dos quadrados</i>	<i>GL</i>	<i>Quadrados médios</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
1	Regressão	152.21	3	50.74	0.41	.746
	Resíduo	45849.12	370	123.92		
	Total	46001.32	373			
2	Regressão	343.13	5	68.63	0.55	.736
	Resíduo	45658.19	368	124.07		
	Total	46001.32	373			
3	Regressão	2280.09	9	253.34	2.11	.028
	Resíduo	43721.23	364	120.11		
	Total	46001.32	373			
4	Regressão	3959.50	21	188.55	1.58	.052
	Resíduo	42041.83	352	119.44		
	Total	46001.32	373			
5	Regressão	12919.12	25	516.77	5.44	.000
	Resíduo	33082.21	348	95.06		
	Total	46001.32	373			
6	Regressão	13761.27	31	443.91	4.71	.000
	Resíduo	32240.06	342	94.27		
	Total	46001.32	373			

A4 – 2.5. Regressão linear múltipla da IPP

Quadro 44. Coeficientes da regressão linear múltipla da IPP tendo em conta as variáveis independentes

	<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes</i>				<i>Colinearidade</i>		
		<i>B</i>	<i>Erro</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Tolerância</i>	<i>VIF</i>
1	(Constante)	64.013	6.20		10.323	.000		
	idade	-0.393	0.17	-0.122	-2.370	.018	.992	1.008
	Anos escolaridade	0.318	0.31	0.066	1.033	.302	.648	1.543
	ESE	5.214	2.49	0.133	2.096	.037	.652	1.534
2	(Constante)	56.343	10.24		5.502	.000		
	idade	-0.125	0.18	-0.039	-.711	.477	.847	1.180
	Anos escolaridade	0.122	0.31	0.025	0.399	.690	.630	1.587
	ESE	5.375	2.44	0.137	2.199	.028	.651	1.537
	Nº de filhos	-8.113	2.04	-0.221	-3.984	.000	.824	1.214
	Semanas gestação	0.196	0.38	0.026	0.517	.605	.989	1.012
3	(Constante)	54.802	10.52		5.210	.000		
	idade	-0.106	0.17	-0.033	-0.615	.539	.832	1.203
	Anos escolaridade	0.264	0.30	0.055	0.871	.385	.608	1.644
	ESE	4.592	2.47	0.117	1.863	.063	.607	1.648
	Nº de filhos	-7.737	2.00	-0.211	-3.876	.000	.814	1.229
	Semanas gestação	0.168	0.37	0.022	0.452	.652	.976	1.025
	PSS	-0.027	0.17	-0.009	-0.160	.873	.701	1.427
	DASS_depressão	-0.573	0.28	-0.166	-2.080	.038	.379	2.640
	DASS_stress	-0.218	0.21	-0.085	-1.035	.302	.357	2.802
	DASS_ansiedade	1.865	0.38	0.345	4.869	.000	.480	2.082
4	(Constante)	48.378	11.36		4.259	.000		
	idade	-0.129	0.18	-0.040	-0.729	.466	.798	1.253
	Anos escolaridade	0.274	0.31	0.057	0.878	.381	.579	1.726
	ESE	4.924	2.54	0.126	1.937	.054	.575	1.739
	Nº de filhos	-8.198	2.04	-0.223	-4.025	.000	.788	1.270
	Semanas gestação	0.216	0.38	0.029	0.572	.568	.956	1.047
	PSS	-0.053	0.17	-0.019	-0.311	.756	.670	1.493
	DASS_depressão	-0.334	0.34	-0.097	-0.973	.331	.245	4.076
	DASS_stress	-0.020	0.26	-0.008	-0.075	.940	.235	4.248
	DASS_ansiedade	1.674	0.46	0.310	3.668	.000	.341	2.935
	BSI_somatização	4.840	7.07	0.106	0.684	.494	.101	9.861
	BSI_obsessão	-3.033	5.52	-0.085	-0.549	.583	.102	9.806
	BSI_sensibilidade	1.224	4.36	0.038	0.281	.779	.132	7.576
	BSI_depressão	-1.287	7.12	-0.036	-0.181	.857	.060	16.577
	BSI_ansiedade	4.031	6.78	0.102	0.594	.553	.082	12.205
	BSI_hostilidade	-0.515	4.95	-0.016	-0.104	.917	.108	9.221
	BSI_ans_fóbica	1.526	5.99	0.032	0.255	.799	.156	6.427
	BSI_ideação	3.178	4.21	0.125	0.755	.451	.089	11.247
	BSI_psicoticismo	4.396	5.81	0.118	0.757	.450	.100	10.003
	BSI_IGS	-29.231	42.03	-0.680	-0.696	.487	.003	393.747
	BSI_TSP	0.227	0.26	0.153	0.860	.391	.077	13.058
	BSI_ISP	6.600	4.45	0.135	1.482	.139	.294	3.396
5	(Constante)	9.328	13.29		0.702	.483		
	idade	-0.057	0.17	-0.018	-0.329	.742	.790	1.266
	Anos escolaridade	0.104	0.31	0.022	0.340	.734	.565	1.769
	ESE	4.547	2.48	0.116	1.833	.068	.566	1.768
	Nº de filhos	-7.167	1.99	-0.195	-3.608	.000	.776	1.289
	Semanas gestação	0.211	0.37	0.028	0.579	.563	.953	1.049
	PSS	-0.004	0.17	-0.001	-0.023	.982	.662	1.511
	DASS_depressão	-0.197	0.33	-0.057	-0.590	.556	.243	4.115
	DASS_stress	0.037	0.25	0.014	0.146	.884	.235	4.261
	DASS_ansiedade	1.565	0.44	0.289	3.537	.000	.340	2.943
	BSI_somatização	5.413	6.86	0.118	0.789	.430	.101	9.901
	BSI_obsessão	-2.262	5.35	-0.063	-0.423	.673	.102	9.825
	BSI_sensibilidade	1.822	4.23	0.057	0.431	.667	.131	7.606
	BSI_depressão	1.140	6.94	0.032	0.164	.870	.060	16.785
	BSI_ansiedade	4.935	6.59	0.125	0.749	.454	.081	12.287
	BSI_hostilidade	0.059	4.80	0.002	0.012	.990	.108	9.259
	BSI_ans_fóbica	-0.117	5.81	-0.002	-0.020	.984	.155	6.463
	BSI_ideação	3.948	4.11	0.155	0.961	.337	.087	11.429
	BSI_psicoticismo	5.793	5.64	0.155	1.027	.305	.099	10.072
	BSI_IGS	-38.672	40.74	-0.899	-0.949	.343	.003	395.002
	BSI_TSP	0.372	0.26	0.251	1.440	.151	.075	13.378

Continuação do quadro 44

	BSI_ISP	6.406	4.32	0.131	1.484	.139	.294	3.405
	EASAVIC_funcionamento	0.211	0.14	0.166	1.480	.140	.181	5.524
	EASAVIC_amor	0.454	0.28	0.464	1.623	.105	.028	35.921
	EASAVIC_outro	-0.575	0.42	-0.331	-1.358	.175	.038	26.209
	EASAVIC_próprio	-0.006	0.38	-0.003	-0.017	.986	.058	17.386
6	(Constante)	12.009	16.70		0.719	.472		
	idade	-0.032	0.17	-0.010	-0.186	.853	.779	1.284
	Anos escolaridade	0.124	0.31	0.026	0.397	.692	.547	1.830
	ESE	4.525	2.52	0.116	1.799	.073	.553	1.808
	Nº de filhos	-7.127	2.01	-0.194	-3.552	.000	.765	1.307
	Semanas gestação	0.289	0.37	0.039	0.778	.437	.925	1.081
	PSS	-0.021	0.17	-0.007	-0.119	.905	.623	1.606
	DASS_depressão	-0.236	0.34	-0.068	-0.696	.487	.237	4.221
	DASS_stress	0.101	0.26	0.039	0.389	.698	.223	4.481
	DASS_ansiedade	1.473	0.45	0.272	3.282	.001	.332	3.009
	BSI_somatização	4.843	6.97	0.106	0.695	.487	.098	10.153
	BSI_obsessão	-3.349	5.43	-0.094	-0.617	.538	.099	10.050
	BSI_sensibilidade	0.935	4.31	0.029	0.217	.828	.128	7.832
	BSI_depressão	-0.074	7.04	-0.002	-0.010	.992	.058	17.182
	BSI_ansiedade	5.140	6.63	0.130	0.775	.439	.081	12.378
	BSI_hostilidade	-0.618	4.85	-0.019	-0.127	.899	.106	9.413
	BSI_ans_fóbica	-1.473	5.90	-0.031	-0.250	.803	.151	6.616
	BSI_ideação	4.298	4.17	0.169	1.031	.303	.085	11.703
	BSI_psicoticismo	6.068	5.76	0.163	1.054	.292	.096	10.420
	BSI_IGS	-31.852	41.43	-0.741	-0.769	.443	.002	405.983
	BSI_TSP	0.314	0.26	0.212	1.192	.234	.073	13.768
	BSI_ISP	5.849	4.36	0.119	1.342	.181	.290	3.453
	EASAVIC_funcionamento	0.229	0.15	0.181	1.577	.116	.174	5.736
	EASAVIC_amor	0.433	0.28	0.443	1.535	.126	.027	36.406
	EASAVIC_outro	-0.593	0.43	-0.342	-1.382	.168	.037	26.750
	EASAVIC_próprio	0.042	0.38	0.022	0.110	.913	.057	17.570
	IRP_1F	-0.209	0.26	-0.042	-0.793	.428	.812	1.232
	IRP_2F	-0.181	0.18	-0.060	-0.986	.325	.628	1.592
	IRP_3F	0.367	0.45	0.043	0.813	.417	.827	1.210
	IRP_4F	0.238	0.28	0.053	0.856	.392	.589	1.699
	IRP_5F	-0.480	0.46	-0.055	-1.034	.302	.799	1.251
	IRP_8F	-0.144	0.34	-0.023	-0.420	.675	.779	1.284

Quadro 45. ANOVA da regressão linear múltipla da IPP

	<i>Modelo</i>	<i>Soma dos quadrados</i>	<i>GL</i>	<i>Quadrados médios</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
1	Regressão	3021.47	3	1007.16	3.25	.022
	Resíduo	114601.79	370	309.74		
	Total	117623.25	373			
2	Regressão	7778.80	5	1555.76	5.21	.000
	Resíduo	109844.45	368	298.49		
	Total	117623.25	373			
3	Regressão	14530.08	9	1614.45	5.70	.000
	Resíduo	103093.17	364	283.22		
	Total	117623.25	373			
4	Regressão	17164.38	21	817.35	2.86	.000
	Resíduo	100458.88	352	285.40		
	Total	117623.25	373			
5	Regressão	24611.76	25	984.47	3.68	.000
	Resíduo	93011.50	348	267.27		
	Total	117623.25	373			
6	Regressão	25638.85	31	827.06	3.08	.000
	Resíduo	91984.41	342	268.96		
	Total	117623.25	373			

A4 – 2.6. Regressão linear múltipla da EVPNP Total

Quadro 46. Coeficientes da regressão linear múltipla da EVPNP Total tendo em conta as variáveis independentes

	<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes</i>				<i>Colinearidade</i>		
		<i>B</i>	<i>Error</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Tolerância</i>	<i>VIF</i>
1	(Constante)	77.382	4.25		18.203	.000		
	idade	-0.208	0.11	-0.095	-1.832	.068	.992	1.008
	Anos escolaridade	0.202	0.21	0.061	0.958	.339	.648	1.543
	ESE	2.061	1.71	0.077	1.209	.227	.652	1.534
2	(Constante)	70.494	7.12		9.907	.000		
	idade	-0.104	0.12	-0.048	-0.852	.395	.847	1.180
	Anos escolaridade	0.131	0.21	0.040	0.618	.537	.630	1.587
	ESE	2.079	1.70	0.078	1.224	.222	.651	1.537
	Nº de filhos	-3.158	1.42	-0.126	-2.232	.026	.824	1.214
	Semanas gestação	0.258	0.26	0.051	0.980	.328	.989	1.012
3	(Constante)	71.929	7.35		9.793	.000		
	idade	-0.121	0.12	-0.055	-0.998	.319	.832	1.203
	Anos escolaridade	0.238	0.21	0.073	1.124	.262	.608	1.644
	ESE	2.023	1.72	0.076	1.175	.241	.607	1.648
	Nº de filhos	-2.723	1.39	-0.109	-1.953	.052	.814	1.229
	Semanas gestação	0.263	0.26	0.052	1.016	.311	.976	1.025
	PSS	-0.112	0.12	-0.058	-0.966	.335	.701	1.427
	DASS_depressão	-0.464	0.19	-0.197	-2.412	.016	.379	2.640
	DASS_stress	-0.140	0.15	-0.080	-0.953	.341	.357	2.802
	DASS_ansiedade	1.076	0.27	0.292	4.023	.000	.480	2.082
4	(Constante)	68.267	7.90		8.640	.000		
	idade	-0.136	0.12	-0.062	-1.101	.272	.798	1.253
	Anos escolaridade	0.239	0.22	0.073	1.102	.271	.579	1.726
	ESE	2.462	1.77	0.092	1.393	.165	.575	1.739
	Nº de filhos	-3.105	1.42	-0.124	-2.191	.029	.788	1.270
	Semanas gestação	0.297	0.26	0.058	1.133	.258	.956	1.047
	PSS	-0.116	0.12	-0.060	-0.977	.329	.670	1.493
	DASS_depressão	-0.329	0.24	-0.140	-1.378	.169	.245	4.076
	DASS_stress	0.031	0.18	0.018	0.171	.864	.235	4.248
	DASS_ansiedade	1.003	0.32	0.272	3.159	.002	.341	2.935
	BSI_somatização	-1.402	4.92	-0.045	-0.285	.776	.101	9.861
	BSI_obsessão	-4.417	3.84	-0.181	-1.150	.251	.102	9.806
	BSI_sensibilidade	-2.896	3.03	-0.132	-0.954	.341	.132	7.576
	BSI_depressão	-3.771	4.96	-0.156	-0.761	.447	.060	16.577
	BSI_ansiedade	-0.471	4.72	-0.018	-0.100	.920	.082	12.205
	BSI_hostilidade	-2.451	3.44	-0.109	-0.712	.477	.108	9.221
	BSI_ans_fóbica	-0.924	4.17	-0.028	-0.222	.825	.156	6.427
	BSI_ideação	0.527	2.93	0.030	0.180	.857	.089	11.247
	BSI_psicoticismo	1.732	4.04	0.068	0.429	.668	.100	10.003
	BSI_IGS	5.875	29.24	0.201	0.201	.841	.003	393.747
	BSI_TSP	0.038	0.18	0.038	0.209	.834	.077	13.058
	BSI_ISP	3.895	3.10	0.117	1.257	.209	.294	3.396
5	(Constante)	27.320	8.76		3.118	.002		
	idade	-0.055	0.11	-0.025	-0.485	.628	.790	1.266
	Anos escolaridade	0.043	0.20	0.013	0.211	.833	.565	1.769
	ESE	1.882	1.64	0.071	1.151	.250	.566	1.768
	Nº de filhos	-1.955	1.31	-0.078	-1.493	.136	.776	1.289
	Semanas gestação	0.282	0.24	0.055	1.173	.242	.953	1.049
	PSS	-0.067	0.11	-0.035	-0.613	.540	.662	1.511
	DASS_depressão	-0.193	0.22	-0.082	-0.876	.382	.243	4.115
	DASS_stress	0.092	0.17	0.052	0.551	.582	.235	4.261
	DASS_ansiedade	0.895	0.29	0.243	3.070	.002	.340	2.943
	BSI_somatização	-0.953	4.52	-0.031	-0.211	.833	.101	9.901
	BSI_obsessão	-3.649	3.53	-0.150	-1.035	.301	.102	9.825
	BSI_sensibilidade	-2.138	2.79	-0.098	-0.767	.444	.131	7.606
	BSI_depressão	-1.040	4.57	-0.043	-0.227	.820	.060	16.785
	BSI_ansiedade	0.034	4.34	0.001	0.008	.994	.081	12.287
	BSI_hostilidade	-1.855	3.16	-0.082	-0.587	.558	.108	9.259
	BSI_ans_fóbica	-2.789	3.83	-0.085	-0.728	.467	.155	6.463
	BSI_ideação	1.218	2.71	0.070	0.450	.653	.087	11.429
	BSI_psicoticismo	3.470	3.72	0.137	0.933	.351	.099	10.072

Continuação do quadro 46

	BSI_IGS	-3.418	26.86	-0.117	-0.127	.899	.003	395.002
	BSI_TSP	0.179	0.17	0.177	1.049	.295	.075	13.378
	BSI_ISP	3.633	2.85	0.109	1.277	.202	.294	3.405
	EASAVIC_funcionamento	0.130	0.09	0.151	1.388	.166	.181	5.524
	EASAVIC_amor	0.367	0.18	0.551	1.992	.047	.028	35.921
	EASAVIC_outro	-0.291	0.28	-0.246	-1.042	.298	.038	26.209
	EASAVIC_próprio	-0.002	0.25	-0.002	-0.010	.992	.058	17.386
6	(Constante)	19.362	11.00		1.761	.079		
	idade	-0.050	0.12	-0.023	-0.435	.664	.779	1.284
	Anos escolaridade	0.034	0.21	0.010	0.167	.868	.547	1.830
	ESE	1.949	1.66	0.073	1.177	.240	.553	1.808
	Nº de filhos	-1.990	1.31	-0.080	-1.506	.133	.765	1.307
	Semanas gestação	0.310	0.25	0.061	1.265	.207	.925	1.081
	PSS	-0.069	0.11	-0.036	-0.612	.541	.623	1.606
	DASS_depressão	-0.200	0.22	-0.085	-0.896	.371	.237	4.221
	DASS_stress	0.117	0.17	0.067	0.687	.493	.223	4.481
	DASS_ansiedade	0.876	0.30	0.238	2.966	.003	.332	3.009
	BSI_somatização	-0.636	4.59	-0.020	-0.139	.890	.098	10.153
	BSI_obsessão	-3.618	3.57	-0.148	-1.012	.312	.099	10.050
	BSI_sensibilidade	-2.284	2.84	-0.104	-0.806	.421	.128	7.832
	BSI_depressão	-0.817	4.64	-0.034	-0.176	.860	.058	17.182
	BSI_ansiedade	0.444	4.37	0.017	0.102	.919	.081	12.378
	BSI_hostilidade	-1.797	3.20	-0.080	-0.562	.574	.106	9.413
	BSI_ans_fóbica	-2.984	3.88	-0.091	-0.768	.443	.151	6.616
	BSI_ideação	1.635	2.75	0.094	0.596	.552	.085	11.703
	BSI_psicoticismo	3.735	3.79	0.147	0.985	.325	.096	10.420
	BSI_IGS	-4.196	27.29	-0.143	-0.154	.878	.002	405.983
	BSI_TSP	0.170	0.17	0.169	0.983	.326	.073	13.768
	BSI_ISP	3.779	2.87	0.113	1.316	.189	.290	3.453
	EASAVIC_funcionamento	0.127	0.10	0.147	1.331	.184	.174	5.736
	EASAVIC_amor	0.352	0.19	0.528	1.893	.059	.027	36.406
	EASAVIC_outro	-0.273	0.28	-0.231	-0.965	.335	.037	26.750
	EASAVIC_próprio	-0.004	0.25	-0.003	-0.016	.988	.057	17.570
	IRP_1F	-0.106	0.17	-0.031	-0.611	.541	.812	1.232
	IRP_2F	0.003	0.12	0.001	0.024	.981	.628	1.592
	IRP_3F	0.449	0.30	0.077	1.510	.132	.827	1.210
	IRP_4F	0.162	0.18	0.053	0.884	.377	.589	1.699
	IRP_5F	-0.103	0.31	-0.017	-0.338	.736	.799	1.251
	IRP_8F	0.003	0.23	0.001	0.016	.988	.779	1.284

Quadro 47. ANOVA da regressão linear múltipla da EVPNP Total

	<i>Modelo</i>	<i>Soma dos quadrados</i>	<i>GL</i>	<i>Quadrados médios</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
1	Regressão	676.90	3	225.63	1.55	.201
	Resíduo	53859.14	370	145.57		
	Total	54536.032	373			
2	Regressão	1496.00	5	299.20	2.08	.068
	Resíduo	53040.03	368	144.13		
	Total	54536.03	373			
3	Regressão	4259.33	9	473.26	3.43	.000
	Resíduo	50276.70	364	138.12		
	Total	54536.03	373			
4	Regressão	5914.07	21	281.62	2.04	.005
	Resíduo	48621.96	352	138.13		
	Total	54536.03	373			
5	Regressão	14115.95	25	564.64	4.86	.000
	Resíduo	40420.09	348	116.15		
	Total	54536.03	373			
6	Regressão	14638.58	31	472.21	4.05	.000
	Resíduo	39897.46	342	116.66		
	Total	54536.03	373			

A4 - 3.

H₇: Existe relação entre os factores sócio-demográficos por um lado e o resultado do parto e a ocorrência de patologia obstétrica nos II e III trimestres de gravidez, por outro lado.

Quadro 48. Associação, através do teste de Qui quadrado, entre a idade da mãe e o tipo de parto

Tipo de parto	Eutócico		Forceps e/ou ventosa		Cesariana		GL	χ^2	p
	N	%	N	%	N	%			
Idade da mãe									
18 – 25	42	51.8	17	21	22	27.2	6	4.75	.577
26 – 30	80	55.1	33	22.8	32	22.1			
31 – 35	60	47.6	30	23.8	36	28.6			
36 – 40	19	44.2	8	18.6	16	37.2			

Quadro 49. Associação, através do teste de Qui quadrado, entre a idade da mãe e a existência de doenças após as 25 semanas de gestação

Doenças após as 25 semanas	Não		Sim		GL	χ^2	p
	N	%	N	%			
Idade da mãe							
18 – 25	65	80.2	16	19.8	4	3.09	.378
26 – 30	107	73.8	38	26.2			
31 – 35	98	77.8	28	22.2			
36 – 40	29	67.4	14	32.6			

Quadro 50. Estudo da associação através do teste de Qui quadrado entre a idade da mãe e a saúde do bebé

Saúde do bebé	Normal		Com problemas		GL	χ^2	p
	N	%	N	%			
Idade da mãe							
18 – 25	65	81.2	15	18.8	4	0.43	.934
26 – 30	117	81.2	27	18.8			
31 – 35	100	79.4	26	20.6			
36 – 40	36	83.7	7	16.3			

Quadro 51. Associação, através do teste de Qui quadrado, entre a escolaridade da mãe e o tipo de parto

Tipo de parto	Eutócico		Forceps e/ou ventosa		Cesariana		GL	χ^2	p
	N	%	N	%	N	%			
Escolaridade da mãe									
Ensino Superior ou equivalente	55	46.2	31	26.1	33	27.7	6	5.99	.425
Ensino Secundário ou equivalente	64	50	33	25.8	31	24.2			
Ensino Básico ou equivalente	63	56.8	18	16.2	30	27			
Instrução primária completa	19	51.4	6	16.2	12	32.4			

Quadro 52. Associação, através do teste de Qui quadrado, entre a escolaridade da mãe e a existência de doenças após as 25 semanas de gestação

Doenças após as 25 semanas	Não		Sim		GL	χ^2	P
	N	%	N	%			
Escolaridade da mãe							
Ensino Superior ou equivalente	93	78.2	26	21.8	3	1.82	.610
Ensino Secundário ou equivalente	98	76.6	30	23.4			
Ensino Básico ou equivalente	79	71.2	32	28.8			
Instrução primária completa	29	78.4	8	21.6			

Quadro 53. Associação, através do teste de Qui quadrado, entre a escolaridade da mãe e a saúde do bebé

Saúde do bebé	Normal		Com problemas		GL	χ^2	P
	N	%	N	%			
Escolaridade da mãe							
Ensino Superior ou equivalente	94	79	25	21.0	3	1.81	.612
Ensino Secundário ou equivalente	104	81.2	24	18.8			
Ensino Básico ou equivalente	92	84.4	17	15.6			
Instrução primária completa	28	75.7	9	24.3			

Quadro 54. Associação, através do teste de Qui quadrado, entre a profissão da mãe e o tipo de parto

Tipo de parto	Eutócico		Forceps e/ou ventosa		Cesariana		GL	χ^2	P
	N	%	N	%	N	%			
Profissão da mãe									
Profissões liberais/direcção ou equivalentes	54	48.2	29	25.9	29	25.9	6	3.83	.699
Operárias especializadas ou equivalentes	67	49.7	30	22.2	38	28.1			
Operárias não qualificadas ou equivalentes	47	59.4	13	16.5	19	24.1			
Ajudantes, desempregadas, pensionistas...	33	47.7	16	23.3	20	29			

Quadro 55. Associação, através do teste de Qui quadrado, entre a profissão da mãe e a existência de doenças após as 25 semanas de gestação

Doenças após as 25 semanas	Não		Sim		GL	χ^2	P
	N	%	N	%			
Profissão da mãe							
Profissões liberais/direcção ou equivalentes	89	79.5	23	20.5	3	6.19	.103
Operárias especializadas ou equivalentes	99	73.3	36	26.7			
Operárias não qualificadas ou equivalentes	65	82.3	14	17.7			
Ajudantes, desempregadas, pensionistas...	46	66.7	23	33.3			

Quadro 56. Associação, através do teste de Qui quadrado, entre a profissão da mãe e a saúde do bebé

Saúde do bebé	Normal		Com problemas		GL	χ^2	P
	N	%	N	%			
Profissão da mãe							
Profissões liberais/direcção ou equivalentes	90	80.4	22	19.6	3	1.90	.593
Operárias especializadas ou equivalentes	113	84.3	21	15.7			
Operárias não qualificadas ou equivalentes	60	76.9	18	23.1			
Ajudantes, desempregadas, pensionistas...	55	79.7	14	20.3			

Quadro 57. Associação, através do teste de Qui quadrado, entre a fonte do rendimento da mãe e o tipo de parto

Tipo de parto	Eutóxico		Forceps e/ou ventosa		Cesariana		GL	χ^2	P
	N	%	N	%	N	%			
Salário mensal	149	50.4	67	22.6	80	27	2	0.15	.926
Subsídios, rendimentos pessoais ou equivalente	52	52.5	21	21.2	26	26.3			

Quadro 58. Associação, através do teste de Qui quadrado, entre a fonte do rendimento da mãe e a existência de doenças após as 25 semanas de gestação

Doenças após as 25 semanas	Não		Sim		GL	χ^2	P
	N	%	N	%			
Salário mensal	230	77.7	66	22.3	1	2.59	.108
Subsídios, rendimentos pessoais ou equivalente	69	69.7	30	30.3			

Quadro 59. Associação, através do teste de Qui quadrado, entre a fonte do rendimento da mãe e a saúde do bebé

Saúde do bebé	Normal		Com problemas		GL	χ^2	P
	N	%	N	%			
Salário mensal	238	81	56	19	1	0.001	.975
Subsídios, rendimentos pessoais ou equivalente	80	80.8	19	19.2			

Quadro 60. Associação, através do teste de Qui quadrado, entre estatuto socioeconómico da mãe e o tipo de parto

Tipo de parto	Eutóxico		Forceps e/ou ventosa		Cesariana		GL	χ^2	P
	N	%	N	%	N	%			
Estatuto socioeconómico							4	0.97	.915
Nível 1	44	47.8	23	25	25	27.2			
Nível 2	84	50.3	37	22.2	46	27.5			
Nível 3 ou 4	73	53.7	28	20.6	35	25.7			

Quadro 61. Associação, através do teste de Qui quadrado, entre o estatuto socioeconómico da mãe e a existência de doenças após as 25 semanas de gestação

Doenças após as 25 semanas	Não		Sim		GL	χ^2	P
	N	%	N	%			
Estatuto socioeconómico					2	1.02	.601
Nível 1	73	79.3	19	20.7			
Nível 2	126	75.4	41	24.6			
Nível 3 ou 4	100	73.5	36	26.5			

Quadro 62. Associação, através do teste de Qui quadrado, entre o estatuto socioeconómico da mãe e a saúde do bebé

Saúde do bebé	Normal		Com problemas		GL	χ^2	P
	N	%	N	%			
Estatuto socioeconómico							
Nível 1	73	79.3	19	20.7			
Nível 2	137	82.5	29	17.5	2	0.50	.779
Nível 3 ou 4	108	80	27	20			

Quadro 63. Associação, através do teste de Qui quadrado, entre número de filhos e a existência de doenças após as 25 semanas de gestação

Doenças após as 25 semanas	Não		Sim		GL	χ^2	P
	N	%	N	%			
Nº de filhos							
Nenhum	193	78.5	53	21.5			
Um	93	71.5	37	28.5	2	2.79	.248
Dois ou três	13	68.4	6	31.6			

Quadro 64. Associação, através do teste de Qui quadrado, entre o número de filhos e a saúde do bebé

Saúde do bebé	Normal		Com problemas		GL	χ^2	P
	N	%	N	%			
Nº de filhos							
Nenhum	194	79.5	50	20.5			
Um	108	83.1	22	16.9	2	0.84	.657
Dois ou três	16	84.2	3	15.8			

ASSOCIAÇÃO ENTRE AS TRÊS VARIÁVEIS CLÍNICAS

Quadro 65. Associação, através do teste de Qui quadrado, entre a existência de doenças após as 25 semanas de gestação e o tipo de parto

Tipo de parto	Eutócico		Forceps e/ou ventosa		Cesariana		GL	χ^2	P
	N	%	N	%	N	%			
Doenças após as 25 semanas de gestação									
Não	151	50.5	68	22.7	80	26.8	2	0.16	.924
Sim	50	52.1	20	20.8	26	27.1			

Quadro 66. Associação, através do teste de Qui quadrado, entre a saúde do bebé e o tipo de parto

Saúde do bebé	Normal		Com problemas		GL	χ^2	P
	N	%	N	%			
Tipo de parto							
Eutócico	166	83.4	33	16.6			
Forceps e/ou ventosa	67	76.1	21	23.9	2	2.14	.342
Cesariana	85	80.2	21	19.8			

A4 – 4.

H₁₀:Existem diferenças de médias entre a vinculação materno-fetal das mães cujos recém-nascidos não apresentam problemas de saúde no momento do nascimento e a vinculação materno-fetal das mães cujos recém-nascidos apresentam problemas de saúde no momento do nascimento.

Quadro 67. Correlação de Pearson entre as semanas de gestação do bebê ao nascer e a vinculação pré-natal e entre o peso do bebê e a vinculação pré-natal

	QVM		IPM		<i>EVPNM total</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Semanas de gestação ao nascer	-.02	.758	-.05	.310	-.04	.412
Peso do bebê ao nascer	-.05	.368	-.02	.705	-.03	.503

Comparação das variáveis psicológicas entre o momento pré e pós-natal em homens e mulheres
3º Estudo

A4 – 5.

H₁₂: Existem diferenças de médias nas variáveis psicológicas das mulheres e dos homens do mesmo casal, estudados no período pós-natal.

Quadro 68. Teste de medidas repetidas para amostras emparelhadas para comparação da satisfação com a vida conjugal total (SAVIC), do funcionamento conjugal (FC), do amor (A), da zona do casal (C), da zona do outro (O) e da zona do próprio (P) nos casais no período pós-natal, tendo em conta as covariáveis idade e escolaridade

<i>Fonte de variação¹</i>	<i>Soma dos quadrados tipo III</i>	<i>GL</i>	<i>Média dos quadrados</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>η²p</i>	<i>P</i>
SAVIC	387.26	1	387.26	0.56	.457	0.01	0.11
SAVIC * idades	1952.20	1	1952.20	2.83	.098	0.04	0.38
SAVIC*escolaridade	18.34	1	18.34	0.03	.871	0.00	0.05
Erro	42786.41	62	690.10				
FC	198.26	1	198.26	1.43	.237	0.02	0.22
FC* idades	275.01	1	275.01	1.98	.165	0.03	0.28
FC* escolaridade	3.48	1	3.48	0.03	.875	0.00	0.05
Erro	8621.48	62	139.06				
A	31.22	1	31.22	0.12	.735	0.00	0.06
A* idades	766.49	1	766.49	2.83	.098	0.04	0.38
A* escolaridade	1.54	1	1.54	0.01	.940	0.00	0.05
Erro	17081.64	63	271.14				
C	67.12	1	67.12	0.64	.425	0.01	0.12
C * idades	292.25	1	292.25	2.80	.099	0.04	0.38
C * escolaridade	3.02	1	3.02	0.03	.866	0.00	0.05
Erro	6569.16	63	104.27				
O	106.26	1	106.26	1.33	.254	0.02	0.21
O * idades	345.37	1	345.37	4.32	.042	0.06	0.53
O * escolaridade	7.48	1	7.48	0.09	.761	0.00	0.06
Erro	5040.77	63	80.01				
P	1.31	1	1.31	0.02	.893	0.00	0.05
P* idades	76.62	1	76.62	1.06	.307	0.02	0.17
P * escolaridade	2.86	1	2.86	0.04	.843	0.00	0.05
Erro	4479.161	62	72.25				

¹Esfericidade assumida através do teste de Mauchly $\geq .05$
Correcção de Bonferroni, $p = .008$

Quadro 69. Teste de medidas repetidas para amostras emparelhadas, tendo em conta as covariáveis idade e escolaridade, para comparação do coping total (CT) e de cada uma das suas dimensões (F2-CRAPPE, F5- ECE, F1-PA, F3-APS, F4-CIEP, F8-ARMC) nos casais, no período pós-natal

<i>Fonte de variação¹</i>	<i>Soma dos quadrados tipo III</i>	<i>GL</i>	<i>Média dos quadrados</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>η²p</i>	<i>PO</i>
CT	303.31	1	303.31	2.43	.124	0.04	0.34
C * idades	22.28	1	22.28	0.18	.674	0.00	0.07
C* escolaridade	120.63	1	120.63	0.97	.329	0.02	0.16
Erro	7601.46	61	124.61				
F1- PA	4.09	1	4.09	0.37	.547	0.01	0.09
F1- PA * idades	24.89	1	24.89	2.23	.141	0.04	0.31
F1- PA * escolaridade	0.02	1	0.02	0.001	.970	0.00	0.05
Erro	693.15	62	11.18				
F2 - CRAPPE	76.56	1	76.56	3.877	.053	0.06	0.49
F2 - CRAPPE * idades	5.76	1	5.76	0.292	.591	0.01	0.08
F2 - CRAPPE *escola.	1.46	1	1.46	0.074	.786	0.00	0.06
Erro	1204.49	61	19.75				
F3- APS	0.003	1	0.003	0.001	.974	0.00	0.05
F3- APS * idades	3.50	1	3.50	1.19	.280	0.02	0.19
F3- APS *escolaridade	0.63	1	0.63	0.21	.646	0.00	0.07
Erro	182.94	62	2.95				
F4- CI/EP	2.53	1	2.53	0.11	.741	0.00	0.06
F4- CI/EP *idades	14.45	1	14.45	0.63	.430	0.01	0.12
F4- CI/EP *escolarid.	102.71	1	102.71	4.49	.038	0.07	0.55
Erro	1418.68	62	22.88				
F5 -ECE	1.09	1	1.09	0.30	.585	0.01	0.08
F5 -ECE * idades	3.71	1	3.71	1.03	.315	0.02	0.17
F5 -ECE *escolaridade	6.43	1	6.43	1.78	.187	0.03	0.26
Erro	224.04	62	3.61				

¹Esfericidade assumida através do teste de Mauchly $\geq .05$
Correcção de Bonferroni, $p = .008$

Quadro 70. Teste de medidas repetidas para amostras emparelhadas, tendo em conta as covariáveis idade e escolaridade para comparação do stress no contexto profissional pós-natal nos casais.

<i>Fonte de variação¹</i>	<i>Soma dos quadrados tipo III</i>	<i>GL</i>	<i>Média dos quadrados</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>η²p</i>	<i>PO</i>
PSS	4.75	1	4.75	0.12	.726	0.00	0.06
PSS*diferença de idades	322.45	1	322.45	8.42	.005	0.13	0.08
PSS*diferença de escolaridade	8.27	1	8.27	0.22	.644	0.00	0.07
Erro	2259.59	59	38.30				

¹Esfericidade assumida através do teste de Mauchly $\geq .05$

Quadro 71. Teste de medidas repetidas para amostras emparelhadas, tendo em conta as covariáveis idade e escolaridade para comparação do total dos estados de humor negativos (DAS), ansiedade, stress e depressão pós-natal nos casais.

<i>Fonte de variação¹</i>	<i>Soma dos quadrados tipo III</i>	<i>GL</i>	<i>Média dos quadrados</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>η²p</i>	<i>PO</i>
DAS-total	70.91	1	70.91	0.38	.538	0.01	0.09
DAS-total *idades	301.98	1	301.98	1.63	.206	0.03	0.24
DAS-total *escolarid.	257.94	1	257.94	1.39	.242	0.02	0.21
Erro	11481.48	62	185.19				
DAS- Depressão	4.66	1	4.66	0.22	.641	0.00	0.08
DAS- Depre * idades	68.31	1	68.31	3.21	.078	0.05	0.42
DAS- Depre * escol.	8.27	1	8.27	0.39	.535	0.01	0.09
Erro	1340.42	63	21.28				
DAS-ansiedade	2.82	1	2.82	0.48	.490	0.01	0.11
DAS-ansiedade * idad	1.80	1	1.80	0.31	.581	0.01	0.09
DAS-ansiedade * esco	17.01	1	17.01	2.91	.093	0.05	0.39
Erro	363.03	62	5.86				
DAS- stress	54.26	1	54.26	1.29	.260	0.02	0.20
DAS- stress *idades	75.72	1	75.72	1.81	.184	0.03	0.26
DAS- stress * escolar	56.89	1	56.89	1.36	.249	0.02	0.21
Erro	2642.69	63	41.95				

¹Esfericidade assumida através do teste de Mauchly $\geq .05$

Correcção de Bonferroni, $p = .013$

Quadro 72. Teste de medidas repetidas para amostras emparelhadas, tendo em conta as covariáveis idade e escolaridade para comparação dos sintomas psicopatológicos somatização (SOM), obsessões-compulsões (O-C), sensibilidade interpessoal (SI), depressão (DEP), ansiedade (ANS), hostilidade (HOST), ansiedade fóbica (ANS FOB), ideação paranóide (IP), psicoticismo (PSI), índice geral de sintomas (IGS), total de sintomas positivos (TSP), índice de sintomas positivos (ISP) nos casais, no período pós-natal.

<i>Fonte de variação¹</i>	<i>Soma dos quadrados tipo III</i>	<i>GL</i>	<i>Média dos quadrados</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>η²p</i>	<i>P</i>
SOM	1.49	1	1.49	11.16	.001	0.15	0.91
SOM * idade	0.03	1	0.03	0.20	.658	0.00	0.07
SOM *escolaridade	0.05	1	0.05	0.41	.526	0.01	0.10
Erro	8.38	63	0.13				
O-C	1.40	1	1.40	4.18	.045	0.06	0.52
O-C * idade	0.34	1	0.34	1.00	.322	0.02	0.17
O-C*escolaridade	0.02	1	0.02	0.06	.814	0.00	0.06
Erro	21.14	63	0.34				
SI	0.17	1	0.17	0.46	.499	0.01	0.10
SI * idade	0.05	1	0.05	0.13	.718	0.00	0.07
SI *escolaridade	0.11	1	0.11	0.31	.580	0.01	0.09
Erro	23.28	63	0.37				
DEP	0.19	1	0.19	0.74	.394	0.01	0.14
DEP* idade	0.34	1	0.34	1.32	.255	0.02	0.21
DEP* escolaridade	0.03	1	0.03	0.12	.728	0.00	0.06
Erro	16.22	63	0.26				
ANS	0.03	1	0.03	0.18	.677	0.00	0.07
ANS*idade	1.04	1	1.04	5.35	.024	0.08	0.63
ANS* escolaridade	0.04	1	0.04	0.23	.636	0.00	0.08
Erro	12.27	63	0.195				
HOST	0.53	1	0.53	1.55	.218	0.02	0.23
HOST* idade	0.02	1	0.02	0.06	.810	0.00	0.06
HOST*escolaridade	0.29	1	0.29	0.85	.362	0.01	0.15
Erro	21.70	63	0.34				
ANS FOB	0.28	1	0.28	2.37	.129	0.04	0.33
ANS FOB*idade	0.09	1	0.09	0.80	.376	0.01	0.14
ANS FOB*escolarid	0.10	1	0.10	0.81	.373	0.01	0.14
Erro	7.40	63	0.12				
IP	0.01	1	0.01	0.01	.916	0.00	0.05
IP* idade	0.25	1	0.25	0.60	.443	0.01	0.12
IP* escolaridade	0.33	1	0.33	0.78	.380	0.01	0.14
Erro	26.73	63	0.42				
PSI	0.26	1	0.26	1.18	.281	0.02	0.19
PSI* idade	0.05	1	0.05	0.22	.641	0.00	0.08
PSI*escolaridade	0.20	1	0.20	0.90	.346	0.01	0.15
Erro	13.66	63	0.22				
IGS	0.38	1	0.38	2.31	.133	0.04	0.32
IGS* idade	0.07	1	0.07	0.42	.519	0.01	0.10
IGS* escolaridade	0.07	1	0.07	0.45	.507	0.01	0.10
Erro	10.386	63	0.17				
TSP	838.51	1	838.51	5.63	.021	0.06	0.51
TSP* idade	22.75	1	22.75	0.15	.697	0.01	0.10
TSP*escolaridade	23.34	1	23.34	0.16	.694	0.00	0.06
Erro	9539.25	64	149.05				
ISP	0.01	1	0.01	0.05	.829	0.00	0.06
ISP * idade	0.03	1	0.03	0.24	.624	0.00	0.08
ISP * escolaridade	0.22	1	0.22	1.95	.168	0.03	0.08
Erro	6.41	56	0.11				

¹Esfericidade assumida através do teste de Mauchly $\geq .05$; Correção de Bonferroni, $p = .004$

A4 – 6.

H₁₄: Existem diferenças de médias na organização psicológica das mulheres entre os períodos pré e pós-natais e na organização psicológica dos homens entre os mesmos períodos.

Emparelhamento entre 1º e 3º estudos – Mulheres

Quadro 73. Medidas descritivas e teste *t* para amostras emparelhadas de mulheres no período pré (1) e pós-natal (2) observadas na escala de Stress Percebido – adaptação ao contexto profissional

PSS – Mulheres (N=62)	M	DP	t	GL	p
PSS – 1	20.11	6.85	0.97	60	.335
PSS – 2	19.23	6.68			

Quadro 74. Medidas descritivas em valor percentual e teste *t* para amostras emparelhadas de mulheres no período pré (1) e pós-natal (2), observadas na EVPN e nas suas dimensões

<i>EVPNM e EVPosNM</i> <i>Dimensões</i>	<i>Grupo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
Qualidade da Vinculação Materna	1	91.37	8.34	- 0.44	66	.663
	2	91.84	7.50			
Intensidade da Preocupação Materna	1	67.32	13.78	1.03	66	.309
	2	65.57	15.86			
Total	1	80.15	9.52	0.55	66	.586
	2	79.58	9.74			

Emparelhamento entre 1º e 3º estudos - Homens

Quadro 75. Medidas descritivas e teste *t* para amostras emparelhadas de homens no período pré (1) e pós-natal (2) observadas na escala de Stress Percebido – adaptação ao contexto profissional

<i>PSS – homens</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>Gl</i>	<i>p</i>
PSS – 1 (N=62)	18.72	6.55	0.93	66	.357
PSS – 2 (N=62)	18.03	6.60			

Quadro 76. Medidas descritivas e teste *t* para amostras emparelhadas de homens no período pré (1) e pós-natal (2), observadas na DASS-42 e suas dimensões

<i>DASS-42/Dimensões</i>		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>Gl</i>	<i>p</i>
Depressão (14 itens)	1	2.71	4.96	- 0.26	65	.800
	2	2.82	5.10			
Ansiedade (9 itens)	1	1.77	2.37	0.89	65	.376
	2	1.47	2.38			
Stress (14 itens)	1	6.62	5.88	- 0.21	65	.831
	2	6.78	6.68			
Global (42 itens)	1	12.26	12.23	- 0.34	65	.733
	2	12.71	14.06			

Quadro 77. Medidas descritivas e teste *t* para amostras emparelhadas de homens no período pré (1) e pós-natal (2), observadas na BSI e suas dimensões (n=67)

<i>BSI/Dimensões</i>	<i>Grupo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
Somatização	1	0.15	0.30	-1.13	65	.264
	2	0.19	0.35			
Obsessões-compulsões	1	0.54	0.53	-0.97	65	.334
	2	0.59	0.57			
Sensibilidade interpessoal	1	0.35	0.49	-1.01	65	.318
	2	0.39	0.53			
Depressão	1	0.26	0.46	-0.12	65	.908
	2	0.26	0.48			
Ansiedade	1	0.27	0.38	-0.95	65	.345
	2	0.31	0.50			
Hostilidade	1	0.37	0.45	-0.71	65	.483
	2	0.41	0.54			
Ansiedade fóbica	1	0.09	0.21	-0.85	65	.398
	2	0.11	0.26			
Ideação paranóide	1	0.64	0.62	-1.69	65	.096
	2	0.76	0.75			
Psicoticismo	1	0.24	0.40	-1.28	65	.205
	2	0.29	0.44			
Índice Geral de Sintomas	1	0.32	0.36	-1.60	65	.114
	2	0.37	0.41			
Total Sintomas Positivos	1	14.52	12.15	18.70	65	.000
	2	2.23	6.98			
Índice Sintomas Positivos	1	1.21	0.27	-2.96	56	.004
	2	1,33	0.37			

A4 – 7.

H₁₅: Existe uma diferença significativa entre a vinculação pós-natal quer nas mães quer nos dos pais, segundo a ocorrência ou não, de problemas de saúde do recém-nascido no momento do nascimento.

Quadro 78. Teste *t* de Student para comparação de médias da vinculação pós-natal conforme o estado de saúde do bebé ao nascer

EVPósN	Estado de saúde ao nascer	N	M	DP	t	Gl	p
QVM2	Normal	54	91.49	7.45	-0.76	65	.447
	com problemas	13	93.27	7.85			
IPM2	normal	54	64.88	15.94	-0.72	65	.476
	com problemas	13	68.41	15.83			
EVPNM 2 total	Normal	54	79.07	9.53	-0.86	65	.393
	com problemas	13	81.67	10.69			
QVP2	Normal	53	91.20	7.81	-0.19	64	.848
	com problemas	13	91.67	8.49			
IPP2	Normal	53	59.12	15.97	-0.54	64	.588
	com problemas	13	61.86	17.50			
EVPNP2 total	Normal	53	78.37	8.54	-0.51	64	.610
	com problemas	13	79.74	9.28			

Quadro 79. Teste de ANOVA para comparação de médias na vinculação pós-natal materna e paterna segundo o tipo de parto

EVPósN	Tipo de parto	N	M	DP	GL	F	p
QVM2	Eutócico	42	91.22	8.14	2	0.61	.547
	Forceps e/ou ventosa	14	91.96	6.90	64		
	Cesariana	11	94.03	5.49			
IPM2	Eutócico	42	63.18	15.31	2	1.66	.198
	Forceps e/ou ventosa	14	71.94	19.60	64		
	Cesariana	11	66.56	10.87			
EVPósNM total	Eutócico	42	78.14	9.48	2	1.31	.277
	Forceps e/ou ventosa	14	82.62	11.76	64		
	Cesariana	11	81.21	7.27			
	Total	67	79.58	9.74			
QVP2	Eutócico	41	90.79	7.39	2	0.604	.550
	Forceps e/ou ventosa	14	90.87	9.53	63		
	Cesariana	11	93.69	7.77			
IPP2	Eutócico	41	58.44	16.73	2	0.345	.710
	Forceps e/ou ventosa	14	62.50	9.94	63		
	Cesariana	11	60.61	20.86			
EVPósNP total	Eutócico	41	77.85	8.51	2	0.48	.620
	Forceps e/ou ventosa	14	79.52	7.75	63		
	Cesariana	11	80.46	10.46			

Quadro 80. Correlação de Pearson entre as semanas de gestação e a VPósNatal Materna e Paterna

	QVM2		IPM2		<i>EVPosNM2 total</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
<i>Semanas de gestação ao nascer</i>	-.17	.084	.01	.470	-.06	.314
	QVP2		IPP2		<i>EVPosNP2 total</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
	-.09	.248	.10	.223	-.03	.422