

CÉLIA CRISTINA DE OLIVEIRA COSTA



**ANSIEDADE NA GRAVIDEZ: Estudo
Exploratório de Possíveis Determinantes da
Ansiedade em Grávidas Primíparas e Multíparas**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Porto, 2004

CÉLIA CRISTINA DE OLIVEIRA COSTA



**ANSIEDADE NA GRAVIDEZ: Estudo
Exploratório de Possíveis Determinantes da
Ansiedade em Grávidas Primíparas e Multíparas**

Orientadora: Mestre Luísa Rolim Simões da Cunha

Monografia apresentada à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos requisitos
para obtenção do grau de licenciada em
Psicologia Clínica.

Célia Cristina Oliveira Costa

RESUMO

A gravidez e a maternidade ocuparam, desde sempre, um lugar central em todas as épocas e em quase todas as culturas, sendo a gravidez encarada, do ponto de vista biológico, como o estado normal de uma mulher fértil, representando para qualquer mulher um momento de transformações físicas e psicológicas.

No presente trabalho pretende-se estudar a ansiedade na gravidez e algumas variáveis que poderão influenciar a ansiedade em primíparas e múltíparas: os medos em relação ao “self”, o desejo de gravidez, a dependência em relação a terceiros, os medos em relação ao bebé, os sentimentos maternos e a irritabilidade.

Num primeiro momento, são abordados os aspectos teóricos (os aspectos fisiológicos e psicológicos da gravidez e, em particular, a ansiedade na gravidez). Num segundo momento são abordados os aspectos relativos o estudo empírico. O estudo foi realizado com uma amostra de 60 mulheres grávidas (30 primíparas e 30 múltíparas), provenientes do Hospital Distrital da Figueira da Foz, do Centro de Saúde da Figueira da Foz/Buarcos e da Maternidade Bissaya Barreto (Coimbra), nas quais se procurou analisar a influência da ansiedade-traço, dos medos em relação ao “self”, do desejo de gravidez, da dependência em relação a terceiros, dos medos em relação ao bebé, dos sentimentos maternos e da irritabilidade na ansiedade-estado das mesmas. Para além disso, tentou-se também verificar se existiam diferenças significativas entre primíparas e múltíparas em relação às variáveis já referenciadas.

Os principais resultados obtidos apontam para a não existência de diferenças significativas entre primíparas e múltíparas, para a influência da ansiedade-traço na ansiedade-estado das múltíparas, não se verificando contudo essa influência no grupo das primíparas, e para a influência da irritabilidade sobre a ansiedade-estado de ambos os grupos. Quando consideradas as grávidas, no seu conjunto, observamos que quer a irritabilidade, quer os sentimentos maternos influenciam a ansiedade-estado experienciada.

*“Quanto maior é o obstáculo,
maior é a glória em o ultrapassar”*

Molière

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho só foi possível devido aos contributos que muitos, directa ou indirectamente, me concederam. Deste modo, não poderia deixar de agradecer:

À minha orientadora, Mestre Luísa Rolim, o meu sincero agradecimento pelo seu estímulo, orientação, atenção, apoio e disponibilidade permanente em todas as etapas deste trabalho;

Aos professores que me acompanharam ao longo destes anos académicos;

Às grávidas que participaram no estudo, sem as quais este trabalho não seria possível;

Às instituições que me acolheram e que permitiram a recolha dos questionários;

Aos colegas de curso, sem os quais esta jornada não teria feito sentido;

Ao Marco, pelo apoio, compreensão e incentivo e por me ter ajudado a ultrapassar os momentos de angústia;

De um modo muito especial aos meus pais, por acreditarem em mim, e por me terem ajudado a realizar este sonho.

A todos, o meu sincero muito obrigada.

ÍNDICE

Introdução.....	1
Parte I – Revisão da Literatura.....	4
Capítulo I – Aspectos Fisiológicos da Gravidez.....	5
1.1. Introdução.....	5
1.2. Alterações fisiológicas no organismo da mulher grávida.....	6
1.3. Conclusão.....	10
Capítulo II – Aspectos Psicológicos da Gravidez.....	11
2.1. Introdução.....	11
2.2. O desejo de procriar.....	12
2.3. A decisão de não ter filhos.....	13
2.4. Impacto psicológico da gravidez.....	14
2.4.1. A gravidez dividida por trimestres.....	24
2.4.1.1. O primeiro trimestre de gravidez.....	24
2.4.1.2. O segundo trimestre de gravidez.....	25
2.4.1.3. O terceiro trimestre de gravidez.....	28
2.5. “Sinais de aviso” na gravidez.....	30
2.6. A importância da relação da grávida com a sua mãe.....	32
2.7. A relação conjugal/marital.....	33
2.8. Conclusão.....	36
Capítulo III – A Ansiedade.....	37
3.1. Introdução.....	37
3.2. Definição e sintomas.....	37
3.3. Curso e prognóstico.....	39

3.4. Prevalência e distribuição por sexos.....	39
3.5. Etiologia.....	40
3.6. Prevenção.....	40
3.7. Diferença entre ansiedade-estado e ansiedade-traço.....	41
3.8. Conclusão.....	42
Capítulo IV – A Ansiedade na Gravidez.....	43
4.1. Introdução.....	43
4.2. Tipos de ansiedade comuns na gravidez.....	43
4.3. Estudos realizados sobre ansiedade na gravidez.....	48
4.4. Conclusão.....	51
Parte II- Estudo Empírico.....	52
Capítulo V – Aspectos metodológicos gerais.....	53
5.1. Justificação do estudo.....	53
5.2. Objectivos do estudo.....	54
5.3. Hipóteses.....	54
5.4. Variáveis.....	57
5.5. Caracterização dos instrumentos utilizados.....	58
5.6. Metodologia.....	60
5.7. Procedimentos de recolha de dados.....	61
5.8. Caracterização da amostra.....	62
Capítulo VI – Apresentação e discussão dos resultados.....	67
6.1. Apresentação dos resultados.....	67
6.1.1. Análise da consistência interna.....	67
6.1.2. Comparação entre primíparas e múltíparas.....	72
6.1.2.1. Estudo da hipótese 1.....	72
6.1.2.2. Estudo da hipótese 2.....	73
6.1.2.3. Estudo da hipótese 3.....	74
6.1.2.4. Estudo da hipótese 4.....	74

6.1.2.5. Estudo da hipótese 5.....	76
6.1.2.6. Estudo da hipótese 6.....	77
6.1.2.7. Estudo da hipótese 7.....	78
6.1.2.8. Estudo da hipótese 8.....	79
6.1.3. Comparação dos níveis de ansiedade-estado das grávidas, em função do estado civil, da escolaridade e do agregado familiar.....	79
6.1.3.1. Estudo da hipótese 9.....	79
6.1.3.2. Estudo da hipótese 10.....	81
6.1.3.3. Estudo da hipótese 11.....	83
6.1.4. Estudo da influência da ansiedade-traço na ansiedade-estado das grávidas.....	85
6.1.4.1. Estudo da hipótese 12.....	85
6.1.4.2. Estudo da hipótese 13.....	86
6.1.4.3. Estudo da hipótese 14.....	87
6.1.5. Estudo da influência das variáveis preditoras “medos em relação ao ‘self’”, “desejo de gravidez”, “dependência”, “medos em relação ao bebê”, “sentimentos maternos” e “irritabilidade” sobre a variável critério “ansiedade- estado”.....	89
6.1.5.1. Estudo da hipótese 15.....	89
6.1.5.2. Estudo da hipótese 16.....	91
6.1.5.3. Estudo da hipótese 17.....	93
6.2. Discussão dos resultados.....	96
6.3. Considerações finais.....	99
Referências bibliográficas.....	101
Anexos.....	106

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Resultados obtidos por Silva, Silva, Rodrigues e Luís (1999/2000, <i>cit. in</i> Silva, 2003), com a aplicação do STAI.....	60
Tabela 2: Caracterização da idade das grávidas da amostra.....	62
Tabela 3: Caracterização do estado civil das grávidas estudadas.....	63
Tabela 4: Caracterização das habilitações literárias das grávidas da nossa amostra.....	64
Tabela 5: Agregado familiar das grávidas inquiridas.....	65
Tabela 6: Resposta à questão sobre quem cuidará do bebé quando terminar a licença de maternidade.....	66
Tabela 7: Alpha de Cronbach excluindo o item, correlação item-total e item-total corrigido (itens 1 a 20) do STAI forma X1, para o grupo total.....	68
Tabela 8: Alpha de Cronbach excluindo o item, correlação item total e item total corrigido (itens 21 a 40) do STAI forma X2, para o grupo total.....	70
Tabela 9: Correlação entre as escalas do P. R. Q, para o grupo total de grávidas.....	71
Tabela 10: Médias, desvios-padrão e t de Student para comparação das médias de ansiedade-traço entre primíparas e multíparas.....	72
Tabela 11: Médias, desvios-padrão e teste t de Student para comparação das médias de ansiedade-estado entre primíparas e multíparas.....	73
Tabela 12: Resultados obtidos pelo teste t de Student, para comparação dos “medos em relação ao ‘self’” entre primíparas e multíparas.....	74
Tabela 13: Médias, desvios-padrão e teste t de Student para comparação do “desejo de gravidez” entre primíparas e multíparas.....	75

Tabela 14: Resultados obtidos pelo teste t de Student para comparação das médias dos níveis de dependência em relação a terceiros entre primíparas e múltíparas.....	76
Tabela 15: Médias, desvios-padrão e teste t de Student para comparação dos “medos em relação ao bebê” entre primíparas e múltíparas.....	77
Tabela 16: Médias, desvios-padrão e teste t para comparação das médias da variável “sentimentos maternos” entre primíparas e múltíparas.....	78
Tabela 17: Resultados obtidos pelo teste t de Student para comparação dos níveis de “irritabilidade” entre primíparas e múltíparas.....	79
Tabela 18: Resultados obtidos pela análise de variância para o estado civil.....	80
Tabela 19: Resultados obtidos pela análise de variância para a escolaridade.....	82
Tabela 20: Resultados obtidos pela análise de variância para a composição do agregado familiar (com quem vive).....	84
Tabela 21: Médias, desvios-padrão e correlação entre as variáveis “ansiedade-estado” e “ansiedade-traço”, no grupo das primíparas (n = 30).....	85
Tabela 22: Resultados obtidos pela análise de regressão linear simples (pelo método Enter) para a variável critério “ansiedade-estado”, no grupo das múltíparas (n = 30).....	86
Tabela 23: Resultados obtidos pela análise da regressão linear simples (pelo método Enter) para a variável critério “ansiedade-estado”, no grupo total de grávidas (n = 60).....	88
Tabela 24: Variáveis excluídas da equação de regressão linear múltipla para a variável critério “ansiedade-estado”, no grupo das primíparas.....	90
Tabela 25: Resultados obtidos pela regressão linear múltipla (pelo método Stepwise) para a variável critério “ansiedade-estado”, no grupo das primíparas (n = 30).....	90
Tabela 26: Variáveis excluídas da regressão linear múltipla para a variável critério “ansiedade-estado”, no grupo das múltíparas.....	92

Tabela 27: Resultados obtidos pela regressão linear múltipla (pelo método Stepwise) para a variável critério “ansiedade-estado”, no grupo das múltiparas (n = 30)..... 92

Tabela 28: Variáveis excluídas da regressão linear múltipla para a variável critério “ansiedade-estado”, nas grávidas estudadas..... 94

Tabela 29: Resultados obtidos pela regressão linear múltipla (pelo método Stepwise) para a variável critério “ansiedade-estado”, no grupo das grávidas estudadas (n = 60)..... 94

INTRODUÇÃO

A gravidez e a maternidade ocuparam, desde sempre, um lugar central em todas as épocas e em quase todas as culturas, embora a sua importância tenha variado com o decorrer dos tempos e com os contextos sócio-culturais (Barbant, 1990; Kitzinger, 1978, *cit. in* Canavarro, 2001).

Ao longo das épocas, tem havido uma evolução dos padrões tradicionais associados à gravidez. Há um século atrás, uma mulher considerada fértil era aquela que tinha seis ou mais gravidezes. Em contrapartida, nessa época, a taxa de mortalidade infantil era bastante elevada, sendo que apenas metade da sua descendência vivia e se reproduzia. Por outro lado, as crianças estavam dependentes das mães por um período de tempo mais curto, mas enquanto a criança era dependente dos pais o apoio familiar era mais alargado. Nessa época, as mulheres que estavam a educar os filhos tinham muito menos probabilidades de trabalhar fora de casa (Garret, 1989).

Segundo o mesmo autor, nos finais do século XIX e início do século XX, a gravidez ilegítima era mal vista. Muitas vezes, as mulheres que se encontravam nesta situação tinham de recorrer à adopção, uma vez que a sua situação financeira e social não lhes permitia criar uma criança sozinha. Contudo, o recurso à adopção era sempre bastante penoso. Com a evolução das mentalidades e da ciência, nos anos 60 e 70 (século XX), o controlo eficaz da fertilidade passou a estar à disposição de um maior número de mulheres (Garret, 1989).

Com o desenvolvimento da ciência e com os meios políticos e industriais democratizados, passou a ser permitido o acesso aos métodos anticoncepcionais. Esta mudança veio possibilitar a separação entre a sexualidade e a reprodução, permitindo à mulher um maior controlo sobre o seu corpo e, conseqüentemente, sobre a sua vida em geral. Assim, o engravidar e ser mãe passaram a ser, fundamentalmente, uma opção (Canavarro, 2001).

Passou a ser aceitável uma mãe criar um filho sozinha. Contudo, esta evolução trouxe um acréscimo de responsabilidades para as mulheres. Hoje em dia, as mulheres têm de desempenhar uma dupla ou tripla função. Para além de cuidarem da casa e dos filhos, sendo

por necessidade ou por uma questão de escolha, a maioria das mães tem actualmente empregos remunerados fora de casa (Garret, 1989).

Apesar do desenvolvimento científico, económico e social das sociedades, o factor cultural e educacional continua ainda hoje a ter muito peso nos preconceitos acerca da gravidez e parto. Margaret Mead (*s/d, cit. in Langer, 1983*), nos seus estudos antropológicos em diferentes sociedades, chegou à conclusão que cada sociedade tem os seus preconceitos em relação às funções procriadoras da mulher, preconceitos estes a que as mulheres se adaptam. Nas sociedades em que se considera que a gravidez deve ser acompanhada de náuseas e o parto deve ser doloroso e perigoso, a maioria das mulheres grávidas sofre efectivamente de bastantes náuseas durante a gravidez e tem partos difíceis. Noutras sociedades em que a gravidez não é rodeada de tabus e perigos, as gravidezes e partos decorrem com facilidade e sem incidentes de maior.

Nesse estudo, a mesma autora estudou, ainda, círculos mais reduzidos, como o círculo familiar. Verificou que nas famílias em que as filhas, segundo os conselhos e indicações da sua mãe, não receiam a gravidez nem o parto, sofrem menos do que noutras famílias em que as filhas são educadas pelas suas mães para terem medo da sua feminilidade, demonstrando, assim, mais queixas e medos. Margaret Mead (*s/d, cit. in Langer, 1983*) concluiu que a atitude de cada mulher para com a sua feminilidade depende, até certo ponto, da atitude do ambiente que a rodeou na sua infância, intervindo assim factores muito mais pessoais que as vão condicionar nas suas condutas posteriores.

Para Canavarro (2001), e ao contrário do que seria de esperar, muitas mulheres mesmo pertencentes ao mundo ocidental industrializado, não conseguem, ainda hoje, ter um controlo sobre o seu corpo que lhes permita decidir quando ter filhos ou não os ter. Esta situação deve-se ao facto de muitas mulheres viverem com grande precaridade económica, social e cultural e não disporem de “(...) informação que lhes permita optar antes do seu corpo decidir” (Canavarro, 2001, p. 25).

Ocupando o tema da gravidez um lugar tão importante na sociedade, pareceu-nos este um bom ponto de partida para a realização de uma monografia na área da Psicologia Clínica, uma vez que estão associadas à gravidez inúmeras alterações, tanto do ponto de vista

fisiológico, como do ponto de vista psicológico. Sendo o tema da gravidez bastante vasto, houve a necessidade de o delimitar, incidindo o estudo numa fenómeno pelo qual muitas grávidas passam: a ansiedade na gravidez.

Assim sendo, o presente trabalho encontra-se dividido em duas partes. Uma primeira parte, onde é feita uma revisão da literatura acerca da gravidez e, mais concretamente, da ansiedade na gravidez, e uma segunda parte, onde é apresentado o estudo empírico sobre esta última temática.

Concretizando, na primeira parte, procurou-se, em primeiro lugar, fazer uma descrição geral dos aspectos fisiológicos da gravidez (Capítulo I). Seguidamente, foi feita uma abordagem aos aspectos psicológicos da gravidez, tentando, de uma forma geral, abranger os vários aspectos que a gravidez envolve, tais como, o impacto psicológico da gravidez, a relação que a grávida mantém com o seu marido/companheiro e com a mãe, a tomada de decisão de ter ou não filhos, entre outros (Capítulo II).

No terceiro capítulo, é feita uma breve revisão de algumas definições básicas e sintomas da ansiedade, para melhor se perceber de que modo ela influencia a mulher grávida.

No último capítulo da primeira parte (Capítulo IV), é abordada a temática da ansiedade na gravidez, onde são descritos alguns estudos realizados nesta área, que servem de base de apoio e de ponto de partida para o estudo apresentado. São aqui descritos também alguns tipos de ansiedade comuns durante a gravidez.

A segunda parte do trabalho, é dedicada ao estudo empírico, nomeadamente as razões que levaram à escolha do tema em questão, a forma como o estudo foi realizado (Capítulo V) e os resultados e respectivas conclusões que dele foram retiradas (Capítulo VI).

PARTE I – REVISÃO DA LITERATURA

CAPITULO I – ASPECTOS FISIOLÓGICOS DA GRAVIDEZ

1.1. Introdução

Para Wingate (1977), do ponto de vista biológico, pode-se dizer que a gravidez é um estado normal de uma mulher fértil. Isto contraria a ideia de que a gravidez é uma espécie de doença, a qual está na origem de alguns sintomas desagradáveis associados à gravidez, tais como as náuseas e os desmaios.

Ferronha e Vieira (1988) definem a gravidez como “um estado fisiológico geralmente com a duração de 38 a 42 semanas e que vai desde o momento da concepção ao nascimento de um novo sujeito” (p. 367). Esta gravidez termina quando ocorre o parto que é definido pelos mesmos autores como “o término do processo que segue à fecundação, desenvolvimento e maturação de um novo ser.” (p. 367).

Durante a gravidez ocorrem, na maioria dos sistemas orgânicos, alterações fisiológicas, sendo que a gravidez afecta a mulher do ponto de vista físico, fisiológico e patológico (Ricardo, Feliciano, Coelho & Silva, 1991). Segundo Reece, Hobbins, Mahoney e Petrie (1996), estas alterações anatómicas e fisiológicas surgem logo após a concepção.

Como a data de concepção é muitas vezes incerta, habitualmente a gravidez é datada a partir do primeiro dia do último período menstrual, o que vem a ser uma quinzena antes da concepção (Wingate, 1977).

A falta de uma menstruação é habitualmente o primeiro sinal de gravidez (Bevan, 1986; Wingate, 1977). Marreiros (1988) sugere que, logo que surjam os primeiros sintomas gravídicos, a mulher deve procurar um médico para que ele a possa observar e esclarecer. Contudo, e segundo o mesmo autor, há mulheres que reúnem vários sintomas semelhantes aos da gravidez sem estarem grávidas. Isto pode dever-se ao enorme desejo de ter um filho. Estes estados psicológicos podem conseguir enganar a paciente e, até certo ponto, o próprio médico.

1.2. Alterações fisiológicas no organismo da mulher grávida

Sturgess (1982) refere como primeiros sintomas da existência de uma gravidez, para além da amenorreia, o aumento do volume dos seios, a necessidade de urinar com mais frequência, a obstipação, os corrimentos vaginais e o sangrar pelo nariz (que pára habitualmente após os três primeiros meses de gravidez). São também de referir as náuseas e os vómitos como primeiros sintomas. Este fenómeno é vulgarmente conhecido como “enjoo matinal” e pode persistir durante o dia e piorar à noite. Habitualmente começam entre a sexta e a oitava semana a partir do primeiro dia da última menstruação e desaparecem depois das dezasseis semanas ou quatro meses de gravidez. Bevan (1986) defende que este fenómeno afecta cerca de 50% das mulheres grávidas.

Depois de diagnosticada a gravidez, começam a ocorrer alterações a diversos níveis e mais profundas, que perduram durante toda a gravidez. De acordo com Marreiros (1988), os seios, no início da gravidez, tornam-se túrgidos e dolorosos. À medida que a gravidez avança, a sensação dolorosa desaparece e o volume aumenta. O ventre vai também sofrer alterações. Como o útero aumenta quatro centímetros por mês, o ventre aumenta também dando a ilusão de que todo o abdómen aumenta. Uma mulher grávida de nove meses, com cerca de 40 semanas, deve ter de altura do útero 32 centímetros. Há também alteração do pigmento cutâneo. A auréola mamária torna-se mais escura. Ao meio do abdómen forma-se um risco acastanhado. No rosto e no pescoço podem vir a aparecer manchas escuras, manchas estas que podem também aparecer nos seios. A estas manchas dá-se o nome de cloasma ou máscara gravídica. Apesar desta pigmentação ser própria da gravidez, nem todas as mulheres a apresentam. Para além destas manchas castanhas, Sturgess (1982) refere que podem aparecer também pequenos pontos vermelhos, especialmente na cara e nas mãos.

Para Marreiros (1988) uma outra alteração que se mantém ao longo da gravidez é o aumento de peso. Se no início da gravidez a mulher tiver um peso próximo do normal, ela deve, no final da gravidez, ter aumentado entre 11 e 14 quilogramas. Este aumento não é sempre distribuído equitativamente pelos 9 meses. Por exemplo, nos primeiros três meses, os vómitos e indisposições várias não permitem o aumento de peso. O principal aumento dá-se na segunda metade da gravidez. Este não deverá ultrapassar os 2,25 quilogramas/mês ou 0,9 quilogramas/semana e não deverá ser inferior a 0,22 quilogramas/semana (Ricardo et al.,

1991). Este aumento de 11 a 14 quilogramas de peso não corresponde só ao feto, cujo peso é, em média, de 3,420 quilogramas, mas também à placenta, à bolsa de águas, ao líquido amniótico, ao aumento de volume sanguíneo na circulação materna, etc. (Marreiros, 1988).

Para Ricardo et al. (1991), existem dois pontos fundamentais nas adaptações maternas à gravidez. O primeiro ponto são os efeitos mecânicos do aumento uterino/feto, que engloba a lordose da coluna vertebral para compensar o aumento de peso que desloca o eixo da gravidade para diante, e a compressão abdominal de vísceras, nomeadamente intestinos, ureteres, etc. O segundo ponto é a produção hormonal, que se caracteriza pela produção de esteróides pela unidade materno-feto-placentar, pela produção de hormonas proteicas pela placenta e hipófise fetal e também pela produção de hormonas tireoidianas e pancreáticas pelo feto.

Os mesmos autores falam também em alterações ao nível do sistema endócrino. A gestação faz-se acompanhar de modificações progressivas e profundas do ambiente hormonal do organismo materno, relacionadas com a manutenção da gravidez e, posteriormente, com o trabalho de parto e a lactação. Estas alterações hormonais devem-se à produção de hormonas pela mãe, pelo feto e pela placenta.

A mais precoce e a mais importante alteração hormonal é a modificação que resulta da introdução, no organismo, de uma hormona nova, a gonadotrofina coriônica. O seu papel é fazer com que o corpo amarelo se mantenha e se transforme no corpo amarelo gravídico, que é fundamental para a manutenção da gravidez durante os primeiros três ou quatro meses, devido à produção de estrogénios e progesterona. Após a organização do trofoblasto, este inicia a produção de estrogénios e não necessita mais do corpo amarelo. É por esta razão que se explica a incidência de abortamentos entre o segundo e terceiro mês de gravidez, já que nesta fase há uma grande instabilidade hormonal.

As hormonas provenientes da placenta e do trofoblasto exercem também o seu efeito sobre os seios. Estes, sob o efeito da progesterona e dos estrogénios, aumentam de volume, por acumulação de gorduras e por aumento da massa glandular, preparando-se para a função de aleitamento.

A progesterona, que é elaborada pelo corpo amarelo nas primeiras semanas da gravidez e depois pela placenta, tem várias repercussões na grávida. Esta hormona vai diminuir o tónus dos músculos lisos ao nível do estômago (dando origem às náuseas), ao nível do cólon (dando origem à obstipação) e ao nível uterino (diminuindo o potencial de excitabilidade das células do miométrio). Vai reduzir também o tónus vascular, diminuindo a tensão diastólica e induzindo a dilatação venosa. Vai proporcionar também o aumento da temperatura corporal e o aumento do armazenamento de gordura. Induz também o aumento da frequência respiratória e desenvolve os seios. Esta hormona tem uma possível acção na imunidade, provocando também a depressão dos centros talâmicos e medulares, dando origem ao cansaço e à letargia.

Os estrogénios, que são produzidos pelo ovário no início da gravidez, podem também ter algumas repercussões no organismo da mulher grávida. Aumentam o útero e controlam a sua função, em conjunto com a progesterona actuam nos seios, levando ao seu desenvolvimento, induzem a retenção hídrica, podem reduzir a excreção de sódio e aumentam o débito sanguíneo pélvico e periférico.

Ao nível do metabolismo, segundo Ricardo et al. (1991), vão ocorrer também modificações durante a gravidez. Há um aumento significativo dos processos fisiológicos básicos (respiração, digestão, secreção, manutenção da temperatura corporal e crescimento), devido às necessidades do feto, da placenta, do útero, dos seios, etc.

Os mesmos autores falam também de alterações no aparelho gastrointestinal e no aparelho respiratório. No aparelho gastrintestinal, a principal alteração é a redução da motilidade, o que pode ser devido ao efeito do aumento dos esteróides em circulação. A diminuição do tónus da fibra muscular lisa representa-se ao nível dos esfíncteres provocando relaxamento.

As alterações ao nível do aparelho respiratório são pouco significativas. Com o evoluir da gravidez, o aumento uterino, condicionando o aumento da pressão intra-abdominal, empurra o diafragma para cima, havendo, por isso, menor grau de expansão pulmonar. Contudo, de um modo geral, não há uma grande alteração da função pulmonar.

A gravidez provoca também alterações a nível cardiovascular. Para Ricardo et al. (1991), as alterações no sistema cardiovascular são profundas (coração, vasos e sangue) e têm repercussões inevitáveis em mulheres com cardiopatias, nefropatias e hipertensões arteriais preexistentes. Estas alterações devem-se, essencialmente, ao crescimento do produto de concepção e ao aumento do metabolismo.

Durante a gravidez há também um aumento das necessidades de sangue devido ao aumento das trocas gasosas, ao crescimento do feto e útero, ao aumento da excreção dos produtos residuais e à vasodilatação periférica. Este aumento de volume de sangue tem também por objectivo o de salvaguardar a mãe dos efeitos adversos da súbita perda de sangue na altura do parto.

As alterações vasculares locais que ocorrem na gravidez, especialmente visíveis nos membros inferiores sob a forma de varizes, devem-se à pressão exercida pelo útero aumentado sobre as veias pélvicas. Estas alterações são mais importantes durante o dia devido à posição ortostática e tendem a inverter-se à noite, quando a grávida se deita (Ricardo et al., 1991).

De acordo com Marreiros (1988), há também alterações anormais no organismo das mulheres grávidas. Uma dessas alterações são as varizes, já referidas anteriormente, que aparecem frequentemente nos membros inferiores e na vulva. Outra alteração frequente são os edemas, que aparecem muitas vezes na segunda metade da gravidez e podem ser devidas à retenção anormal de líquidos. O edema dos membros inferiores é algumas vezes provocado apenas pelo peso e compressão que o útero exerce, dificultando uma boa circulação de retorno. Podem ocorrer também perturbações visuais, tonturas e desmaios. Podem manifestar-se, também, modificações da tensão arterial. O estado gravídico pode induzir a hipertensão arterial em mulheres anteriormente com tensões arteriais normais ou pode agravar em mulheres já com hipertensão. As tonturas, perturbações visuais e desmaios são quase sempre indício de tensão arterial anormal.

A prisão de ventre é também muito frequente na gestação e deve-se a factores vários. Entre eles encontra-se o relaxamento das fibras musculares lisas do intestino. Os vómitos, já mencionados anteriormente, fazem parte também das alterações anormais no organismo da

mulher. Para os vómitos, para além dos factores fisiológicos, contribuem também factores psicológicos.

A azia, embora não se possa considerar uma anormalidade, é referida por muitas grávidas, podendo ser bastante incomodativa. O estômago e os intestinos sofrem uma hipotonia por efeito do volume do útero e por acção hormonal, o que favorece o envio dos ácidos gástricos para a parte inferior do esófago, produzindo a tão incómoda azia.

1.3. Conclusão

Apesar da gravidez ser normalmente um estado saudável, durante este período é necessário tomar algumas precauções. Se existirem cuidados antenatais, com a realização de consultas médicas regulares e a realização de exames pré-natais adequados, os riscos associados à gravidez e ao trabalho de parto podem, na maior parte das vezes, ser controlados, já que as complicações podem ser previstas e evitadas.

Um correcto esclarecimento, durante a gravidez, acerca das suas etapas é quase tão importante como os exames de rotina destinados a avaliar a evolução do feto e a saúde da mulher.

Uma boa preparação vai permitir que o trabalho de parto seja mais fácil, uma vez que a mulher tem conhecimentos exactos do que lhe vai ser exigido (Wingate, 1977).

CAPÍTULO II – ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA GRAVIDEZ

2.1. Introdução

Sendo a família a unidade básica de uma sociedade, aquela só é considerada como tal quando há o nascimento de um filho. Por esta razão, ter um filho é muitas vezes considerado fundamental para um casal, sendo que o sistema de segurança social ainda se baseia e favorece o núcleo da família (Garrett, 1989).

Em todos os pontos do universo, as mulheres vivem a gravidez como um acontecimento tanto físico como psicológico. As mudanças na identidade andam de mãos dadas com as mudanças no corpo e nos papéis sociais (Colman & Colman, 1994).

Para Santos (1998) a gravidez faz-se acompanhar de modificações psicológicas e comportamentais mínimas ou transitórias, tais como, instabilidade emocional, momentos de apatia ou irritabilidade, perturbações da conduta alimentar, perturbações do sono, entre outras.

O significado de ter filhos engloba várias vertentes, desde a transmissão de heranças diversas, como genéticas, aos costumes, valores e significados, até ao contexto mais íntimo, como o aceitar as diferenças individuais (Canavarro, 2001). A reprodução é também encarada como a possibilidade da preservação da espécie, bem como a continuidade de uma cultura específica (Pinto-Correia, 1999, *cit. in* Canavarro, 2001).

Segundo Blum (1980), na gravidez e nascimento acontecem fenómenos naturais vários, envolvendo estados psicológicos complexos que acontecem na maioria das mulheres.

‡ De acordo com algumas perspectivas teóricas, a gravidez e o nascimento podem ser entendidos como uma crise desenvolvimental importante na vida da mulher, envolvendo adaptações e profundas mudanças psicológicas, havendo mesmo alguns autores que a

comparam à adolescência, em termos da mudança psicológica repentina e da adaptação emocional (Blum, 1980).

As vivências da mulher grávida poderão ser afectadas, quer devido às alterações ao nível biológico, quer às mudanças psicológicas. Estas últimas surgem da necessidade de assunção do novo papel de mãe e também dos processos ligados aos factores culturais e de aprendizagem, aspectos estes que vão interferir na mulher que espera um filho (Ferreira & Vieira, 1988).

A gravidez pode também ser encarada como um teste à funcionalidade do corpo feminino, uma vez que a fertilidade é muitas vezes perspectivada como a prova de ter um corpo que funciona dentro da normalidade, e que é capaz de cumprir as funções que lhe estão reservadas (Canavarro, 2001).

2.2. O desejo de procriar

Por vezes, a decisão de ter filhos está ligada à necessidade de preenchimento de um espaço vazio no seio do casal. Este vazio pode ser tão grande que o facto de não ter filhos poderá significar a não existência do casal, podendo levar à dissolução do mesmo (Relvas & Lourenço, 2001).

Contudo, as causas do desejo de ser mãe poderão ser um pouco contraditórias e diversificadas.

Langer (1983) diz que a causa fundamental pela qual a mulher deseja ter um filho é biológica, sendo que o instinto maternal da mulher exige uma gratificação directa. A autora justifica este instinto maternal comparando-o ao instinto para se apaixonar. Tal como os namorados satisfazem com a sua união, para além do apetite sexual, determinadas necessidades psicológicas, também o instinto maternal, como parte integrante da sexualidade feminina, é justificado através da realização dos múltiplos desejos das mulheres. O desejo de

ter um filho significa o recuperar da sua própria mãe e também permite à mulher identificar-se com ela.

Ainda segundo Langer (1983), o desejo de ter um filho pode surgir do desejo da mulher comprovar a sua própria fertilidade. Para este desejo de fertilidade, podem influir também aspectos mais conscientes e racionais, como o poder reviver a sua própria infância ou dar ao filho uma infância que não teve e que desejaria ter tido. A necessidade de alcançar determinado estatuto pode também levar uma mulher a desejar ter um filho. Contudo, no fundo, o desejo da maternidade provém da necessidade psicobiológica da mulher demonstrar todas as suas capacidades latentes.

Canavarro (2001) tem porém uma visão contrária à referida. Para esta autora, a maternidade como natural e “instintiva” é caracterizada no senso comum. Esta visão comum deve-se ao facto de muitas mulheres sentirem que ser mãe é fundamental para a sua realização pessoal. Em contextos sociais em que é valorizada a maternidade e em mulheres que se sentem bem com a identificação à figura materna, o desejo de ter um filho e de poder cuidar dele pode ser tão forte ao ponto de sentirem que a maternidade é inata.

Para Tobin (1999, *cit. in* Canavarro, 2001), “a palavra instinto nunca nos ajudará a compreender quão rica e complexa é a experiência que culmina no desejo e comportamento materno e a forma tão variável de que esses desejos e comportamentos se podem revestir” (p.23). A necessidade de ser mãe não está nos genes. Só a capacidade que as mulheres têm para se reproduzirem é que é biológica, mas essa capacidade não é suficiente para que uma mulher deseje ter filhos ou para que seja capaz de ser mãe.

2.3. A decisão de não ter filhos

Segundo Garrett (1989), a decisão de não ter filhos surge de uma ponderação cuidadosa, não é uma conclusão e decisão que se tome precipitadamente.

Contudo, as mulheres que decidem não utilizar as suas capacidades biológicas para procriar não são, por isso, diferentes das outras mulheres. Esta decisão não interfere na sua feminilidade nem as torna mais imaturas e egoístas que as outras mulheres que decidiram ser mães (Tobin, 1999, *cit. in* Canavarro, 2001). O facto de ser convencional ter filhos, não torna as mulheres que decidem não os ter menos convencionais, tal como é convencional casar-se. Cada mulher deve agir de acordo com os seus sentimentos e de acordo com o que a faz sentir-se bem com ela própria, "... usufruindo com mais qualidade dos diversos momentos do seu ciclo de vida, dentro de, como é óbvio, determinados limites morais e éticos" (Canavarro, 2001, p. 23).

Contudo, segundo Garrett (1989), quando o não ter filhos está relacionado com a falta de capacidade para conceber, podem surgir sentimentos de fracasso pessoal, já que raramente questionamos a nossa capacidade para procriar, quer queiramos usufruir dela ou não.

2.4. Impacto psicológico da gravidez

Na gravidez e nascimento acontecem fenómenos naturais, envolvendo estados psicológicos complexos, que acontecem na maioria das mulheres. Desde o início da gravidez até ao parto, as tarefas psicológicas que se apresentam à futura mãe são diversas, assim como são diversos os medos, os receios e as queixas ao longo desse período.

De acordo com Blum (1980), os comportamentos durante a gravidez são influenciados por inúmeros factores, tais como, o estado de saúde, o estado matrimonial, a idade, o relacionamento com os pares, o estágio de desenvolvimento psicológico, as necessidades intrapsíquicas e conflitos relativamente ao amor, parentalidade e sexualidade.

A partir do momento em que a mulher tem conhecimento de que está grávida, ela passa a ser olhada por ela própria e pela sociedade em geral de maneira diferente. Passa a existir uma nova definição de papéis e, conseqüentemente, uma necessidade de adaptação a esses papéis, nomeadamente em relação às mudanças corporais, emocionais e económico-sociais (Vieira & Ferronha, 1988).

Sá (1997, *cit. in* Camarneiro, 1998) considera que os aspectos psicológicos da gravidez não podem ser quantificáveis, já que a experiência individual de uma mulher tem uma ampla variação. Assim, uma mulher pode engravidar emocionalmente a um ritmo diferente do da sua gravidez obstétrica.

De acordo com Colman e Colman (1994), a gravidez é caracterizada por altos e baixos emocionais, a que estes autores chamam de *labilidade emocional*, a qual é caracterizada por uma vasta série de estados de espírito que variam rapidamente em resposta a situações que habitualmente não despoletariam tais reacções. Estes podem subir e descer rapidamente e passar de um extremo ao outro a um ritmo que pode ser confuso e angustiante quer para a mulher grávida, quer para as pessoas que lhe estão próximas. Assim:

As mulheres grávidas podem ficar terrivelmente ansiosas ou deprimidas, romper em lágrimas ou num riso incontido durante pequenas discussões em família. Podem, de repente, ficar incapazes de tomar decisões simples ou ficar assustadas perante um estranho na rua, cujo rosto parece persegui-las (Colman & Colman, 1994, p. 32).

Segundo os mesmos autores, esta labilidade emocional pode ser mais acentuada numas mulheres do que noutras, dependendo da estrutura da sua personalidade, do tipo de “stress” a que estão sujeitas e da qualidade do apoio afectivo que recebem. As mudanças hormonais podem também desempenhar um papel importante, e podem também ser diferentes de uma gravidez para a outra.

Há algumas mulheres que tentam limitar o alcance do seu envolvimento na experiência da gravidez, incluindo os sentimentos que consideram esquisitos e as suas fantasias, uma vez que têm medo dos danos psicológicos que estes possam causar. Contudo, Colman e Colman (1994) consideram que as mulheres que estão mais conscientes das mudanças que a gravidez envolve têm menos problemas em se adaptar, depois do bebé nascer.

Justo (1986) considera que durante a gravidez, simultaneamente às alterações fisiológicas, produzem-se também profundas alterações a nível psicológico. Estas alterações envolvem uma sequência de tarefas de adaptação interna e emocional, tarefas estas que devem permitir um normal e integrado desenvolvimento biofisiológico. Paralelamente, devem

permitir também à mulher aceitar que traz dentro de si um outro ser, que é autónomo, e do qual se vai ter de separar (Justo, 1986).

Esta evolução emocional interna, segundo o mesmo autor, é habitualmente decomposta em três fases: a incorporação, a diferenciação e a separação. Na incorporação, a futura mãe deve começar por aceitar a presença do bebé no seu corpo. Na diferenciação, deve aceitar que apesar da presença do feto no seu ventre, este não lhe pertence. Na separação, deve aceitar que vai expulsar o feto de dentro de si.

Soifer (1991, *cit. in* Camarneiro, 1998) considera a gravidez como sendo uma experiência essencialmente regressiva. A gravidez é marcada por períodos de ansiedade curtos ou longos, aos quais estão associados sintomas físicos próprios. Na sua opinião, esta regressão não tem um carácter patológico, mas é vista como uma etapa no processo de desenvolvimento.

Porém, se qualquer gravidez causa grande impacto numa mulher, uma primeira gravidez, de acordo com Gomes Pedro (1985), é um autêntico desafio à adaptação da mulher como pessoa "(...)no seu equilíbrio cósmico onde se projectam as suas ansiedades, as suas defesas e os seus sonhos" (p. 22).

Para Cordeiro (1994, *cit. in* Camarneiro, 1998), a gravidez, tal como outros períodos críticos, constitui uma crise não patológica, mas sim de mudança e de adaptação a um novo estatuto, sendo cada gestação na mesma mulher diferente da anterior.

Bibring (1959, *cit. in* Blum, 1980) considera a gravidez como sendo uma crise de maturação. Nos seus estudos, verificou que diversas mulheres sem história prévia de psicopatologia ou de psicossintomatologia, demonstraram diversos distúrbios psicológicos severos durante a gravidez. A autora concluiu que a gravidez constitui uma crise que só é resolvida após o nascimento do bebé.

Esta crise de maturação é referida por alguns autores como crise desenvolvimental. Para Blum (1980) a gravidez e o nascimento podem ser entendidas como uma crise desenvolvimental importante na vida da mulher, envolvendo adaptação a profundas mudanças

psicológicas. Alguns autores comparam esta crise à crise da adolescência, em termos da mudança psicológica repentina e da adaptação emocional que requer.

Já para Maldonado (1991, *cit. in* Camarneiro, 1998), a gravidez constitui um período de mudança e não de crise. É uma transição que faz parte do processo normal de desenvolvimento. Esta transição vai permitir alcançar outros níveis de integração, com crescimento e alargamento da personalidade ou, em contrapartida, ficar numa solução patológica que será predominante na relação com a criança.

Colman e Colman (1994) utilizam, também, o termo crise mas no sentido de “transformação” ou “ponto crucial”, considerando a gravidez como um período de maior susceptibilidade face a situações que provocam angústia. Há uma mudança interna e externa, com transformações a nível pessoal e social, que pode dar origem a duas situações distintas. Assim, se a integração se faz de forma adequada, há crescimento e desenvolvimento, caso contrário, pode surgir a patologia.

Para ultrapassar esta crise da gravidez, não podemos excluir a importância dos apoios sociais e familiares na sua resolução, seja ela qual for.

Bibring (1961, *cit. in* Justo, 1986) considera a gravidez como uma crise desenvolvimental. Contudo, existem diferenças entre a gravidez e as outras crises de desenvolvimento. A diferença fundamental reside na interdependência intensa e específica entre as alterações psicológicas e biofisiológicas. Outra característica importante é a irreversibilidade do processo de maternidade.

Existem dois processos gravídicos: um desenrola-se no útero da mulher e o outro no seu espaço mental. Estes nem sempre coincidem, mas o importante é que num dado momento ambos se encontrem (Sá, 1997, *cit. in* Camarneiro, 1998).

Para Canavarro (2001), a gravidez e a maternidade são consideradas um período de desenvolvimento. Tal como nos outros períodos, também neste há tarefas específicas que têm de ser resolvidas.

Segundo a mesma autora, embora exista alguma correspondência entre as dimensões tempo cronológico e tarefa desenvolvimental, esta não é linear, ou seja, há tarefas que se prolongam para lá do período considerado e outras cujo início não coincide com o princípio do período em causa. Para além disso, o “timing” na resolução das tarefas de desenvolvimento varia de mulher para mulher.

Assim, a primeira tarefa de desenvolvimento na gravidez é aceitá-la:

Independentemente do desejo e/ou planeamento da gravidez, o reconhecimento que a concepção ocorreu, faz com que, numa fase inicial, a mulher se sinta ambivalente entre o desejo e o receio da gravidez (Canavarro, 2001, p. 38).

É este sentimento de ambivalência o que mais caracteriza os primeiros tempos de gravidez. Esta ambivalência é manifestada em relação ao acreditar na viabilidade da gravidez, à aceitação do feto, às mudanças que a gravidez implica e à própria maternidade.

Para transpor estas ambivalências, é necessário, em primeiro lugar, a confirmação definitiva do estado de gravidez. Para além disso, é fundamental também a aceitação e apoio por parte dos familiares mais próximos.

Inicia-se também, nesta altura, o processo de identificação materna. A mulher grávida vai procurar referências nos modelos maternos conhecidos, especialmente junto da sua própria mãe, sobre a forma de se comportar e de se preparar para a chegada do bebé.

Para que a mulher possa progredir nas tarefas subsequentes, é fundamental este processo de aceitação e de integração da gravidez.

A segunda tarefa é a de aceitar a realidade do feto. Numa primeira fase, e do ponto de vista da fantasia, a mãe imagina o bebé como parte de si e a sua atenção encontra-se fundamentalmente centrada nas transformações do seu corpo.

Depois, e de um modo progressivo, a representação do bebé vai-se tornando mais autónoma e realista. Este processo representativo é habitualmente activado ou acelerado pela sensação real da presença do bebé dentro de si, pela percepção dos movimentos fetais, e também pelos registos ecográficos.

Esta fase constitui o ponto de partida para a diferenciação mãe-feto e marca uma viragem importante no processo psicológico da gravidez. Esta diferenciação traduz-se na aceitação do feto como entidade separada, como um indivíduo distinto de si própria. Segundo Mendes (1999, *cit. in* Canavarro, 2001), esta representação cognitiva é fundamental para a ligação materno-fetal.

É muitas vezes também nesta altura que as grávidas intensificam as fantasias relacionadas com o bebé e que começam a ensaiar cognitivamente as primeiras tarefas de prestação de cuidados.

A terceira tarefa é a de reavaliar e reestruturar a relação com os pais. Habitualmente, a partir do segundo trimestre, a mulher grávida vai efectuar um processo de reavaliação do seu relacionamento com os pais, sobretudo com a mãe, durante a infância e a adolescência. Há normalmente um aumento do número de visitas e de telefonemas.

Nesta altura, a representação que a mulher tem dos seus pais é muito importante. Essa importância está relacionada com as expectativas que tem do seu comportamento no papel de avós, com a necessidade de reavaliar a relação que estabeleceu com eles, quer nas suas facetas mais gratificantes quer nas mais dolorosas, e com a necessidade de se acomodar ao papel materno, incorporando o que considera positivo e assumindo a diferença, no que considera mais negativo ou inadequado para si.

A mulher deve aceitar o que considera ter sido um bom desempenho por parte dos pais e aceitar também as suas falhas e fracassos. A realização desta parte da tarefa tem duas

funções principais. A primeira é permitir que a mulher se afaste de posicionamentos extremos, que habitualmente são pouco adaptativos. A segunda é permitir que futuramente a mulher aceite e lide melhor com as suas próprias falhas como mãe.

A quarta tarefa de desenvolvimento a realizar pela grávida é a de reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro. Com a gravidez, o casal prepara-se para integrar um novo ser na sua relação. O companheiro, que habitualmente era percebido como parceiro romântico, sobretudo no caso do primeiro filho, passa a ser aquele com quem a mulher vai partilhar a responsabilidade de cuidar da criança.

Com a gravidez, o relacionamento conjugal vai ser desafiado, uma vez que a chegada dos novos papéis e funções vão implicar a sua integração num todo pré-existente, com a consequente necessidade de reestruturação dos papéis mais antigos. O casal tem assim a necessidade de reajustar a sua relação no plano afectivo, na rotina diária e no relacionamento sexual.

É, por isso, necessário flexibilizar a aliança conjugal para que se possa formar a aliança parental. Esta aliança deve permitir a partilha e articulação do desempenho de tarefas domésticas e de cuidados, a tomada de decisão sobre aspectos importantes da vida e, sobretudo, propiciar o suporte emocional.

A quinta tarefa é a de aceitar o bebé como pessoa separada. Esta tarefa desenrola-se no último período de gravidez, que é considerado como um período de preparação para a separação, que se concretiza com o parto. Segundo Mercer (1996, *cit. in* Canavarro, 2001), este é um período caracterizado por um aumento da ansiedade devida à antecipação do parto. No caso das primíparas, é um acontecimento desconhecido, enquanto que para as múltiparas é um acontecimento percebido como não totalmente controlável, fisicamente desconfortável onde se dá o confronto com o bebé.

Esta época é também marcada por sentimentos de ambivalência, já que a vontade de ver o filho e terminar com a gravidez coexistem com o desejo de a prolongar, de modo a poder adiar o momento do parto e as novas exigências que o nascimento do bebé acarreta.

Quando o bebé nasce, o desafio desenvolvimental que é feito à mãe é o de ser capaz de interpretar e responder ao comportamento do bebé. Porém, a tarefa principal consiste em aceitar que embora a existência do bebé possa ser gratificante para a mãe, ele existe para além dela e deve ser aceite enquanto pessoa separada, com características e necessidades próprias.

A sexta tarefa de desenvolvimento é a de reavaliar e reestruturar a sua própria identidade para assim poder integrar a identidade materna. Esta tarefa sintetiza um pouco todas as outras tarefas do desenvolvimento. A mulher deve integrar na sua identidade o papel, função e significado de ser mãe (Rubin, 1992, *cit. in* Canavarro, 2001).

Esta tarefa implica reavaliar as perdas e os ganhos que a maternidade introduziu e aceitar as mudanças implicadas por este novo estágio de desenvolvimento, adaptando-se de acordo com a sua identidade prévia.

Para as mulheres que são múltiparas, deve-se acrescentar uma sétima tarefa. Esta é a de reavaliar e reestruturar a relação com o(s) outro(s) filho(s).

Uma mulher que está à espera de um segundo ou terceiro filho, do ponto de vista relacional, tem uma família mais complexa. Assim, e neste aspecto, a tarefa de assumir a identidade materna para incluir a nova criança é mais exigente. Habitualmente, as múltiparas iniciam a gravidez manifestando ansiedades diferentes das referidas pelas mulheres que vão ser mães pela primeira vez. De acordo com Mercer (1996, *cit. in* Canavarro, 2001), a sua atenção vai estar focada no receio de abortar, no receio de iniciar um trabalho de parto pré-termo, nos procedimentos técnicos (como o caso da amniocentese) e nos sintomas físicos da gravidez (fadiga, perturbações do sono e restrições físicas), muito mais do que na relação com o bebé.

Lederman (1997, *cit. in* Canavarro, 2001) investigou um grupo de mulheres grávidas do segundo filho, nas quais identificou três temas básicos nas suas preocupações: a dúvida se tinham capacidade física para cuidar de duas crianças ao mesmo tempo; os sentimentos de culpabilidade, ao antecipar a reacção do primeiro filho ao nascimento do irmão; o questionar da sua capacidade para amar duas crianças de forma igual.

É importante que a mulher integre a ideia do novo filho como uma pessoa separada, não o assimilando à identidade dos filhos já existentes.

Quando estas tarefas de desenvolvimento são cumpridas com sucesso, pode haver um acesso a níveis de funcionamento superiores, “(...) no sentido da resolução de anteriores problemas desenvolvimentais, e organização de constelações intrapsíquicas e relacionais mais complexas e gratificantes” (Canavarro, 2001, p.37).

A gravidez é, assim, um acontecimento importante na vida da mulher, podendo constituir simultaneamente um desafio e uma ameaça à sua estrutura psicológica. Durante este período, a mulher revive e integra as identificações que faz ao longo da sua vida, ou seja, sintetiza o seu desenvolvimento (Cordeiro, 1994, *cit. in* Camarneiro, 1998).

Segundo Colman e Colman (1994), o forte desejo que uma mulher sente de engravidar pode ser causador de algumas alterações a nível comportamental. Algumas mulheres podem engordar cinco quilos nos primeiros três meses de gravidez, uma vez que sentem a necessidade de revelar ao mundo e a si própria a sua condição. Este aumento de peso pode servir como uma espécie de prova de que o bebé, que ainda é quase invisível, está a crescer. Por volta do sexto mês, a mulher pode ser capaz de reduzir o seu consumo e peso exagerado, uma vez que o seu próprio útero se torna suficientemente grande para ser visível através das roupas.

Por outro lado, de acordo com os mesmos autores, a obsessão cultural pela magreza pode também influenciar a experiência de gravidez de uma mulher, isto é, quando para uma mulher a figura é importante para a sua auto-estima, a aceitação dos novos seios e da barriga pode ser difícil, podendo mesmo confundir o seu aumento de centímetros com o aumento de gordura. Para estas mulheres o comer de menos pode ser uma forma de controlo tão importante como o comer de mais para outras.

Uma mulher grávida pode começar a apresentar outro tipo de alterações. É comum surgir durante a gravidez a fobia do carro. Esta pode surgir de repente, em geral depois dos primeiros movimentos do feto terem sido sentidos. Esta vulnerabilidade crescente relaciona-se

com o medo de perigos desconhecidos, quer sejam interiores, quer sejam exteriores (Colman & Colman, 1994).

Segundo Santos (1998), são frequentes as manifestações depressivas na gravidez. Num estudo realizado pelo autor, em cerca de 10% das grávidas foram encontradas manifestações depressivas, sendo que a maior parte são depressões neuróticas e surgem nos primeiros meses de gravidez, ocorrendo habitualmente de forma passageira. Os sintomas mais frequentes são a disforia, as crises de lágrimas, a astenia, os sentimentos de incapacidade e depreciação, a procura afectiva, as queixas somáticas e as perturbações do sono. As depressões melancólicas são raras. Quando ocorrem são na segunda metade da gravidez, e apresentam, no período de termo, características confusionais e delirantes. Quando estas depressões ocorrem, tendem a prosseguir durante as primeiras semanas após o parto.

Para Lempériee e Roiulon (1984, *cit. in* Santos, 1998), a gravidez acompanhada de perturbações psíquicas dá frequentemente origem a complicações obstétricas e a acidentes neo-natais. Contudo, deve-se ter em conta que este tipo de mulheres são as que mais bebem, as que mais fumam e as que ingerem medicamentos.

De acordo com Colman e Colman (1994), durante a gravidez, a mulher está em contacto íntimo com o seu mundo interior. Os seus processos inconscientes, nesta altura da sua vida, estão muito mais à superfície e muito mais ao seu alcance do que em qualquer outro período da sua vida. Os sonhos e fantasias diurnas parecem ser experienciados mais imediata e intensamente durante a gravidez. O seu mundo interior ganha uma importância maior que o mundo exterior, e os seus sonhos parecem invadir a imaginação à medida que o feto cresce no abdómen. À medida que a intensidade dos sonhos e vida interior das mulheres é afectado pelo seu estado, também o é o conteúdo dos seus sonhos. De acordo com Gillman (1968, *cit. in* Colman & Colman, 1994) que investigou o tema, 40 % dos sonhos descritos pelas grávidas estudadas eram sobre um bebé, comparativamente com apenas 1 % dos sonhos de mulheres estudantes não grávidas com o mesmo nível etário. As grávidas também têm mais frequentemente sonhos relacionados com azares, males e ameaças ambientais.

2.4.1. A gravidez dividida por trimestres

Segundo Camarneiro (1998), cada trimestre de gravidez corresponde a um ciclo marcado por aspectos fundamentais, quer do ponto de vista físico, quer psicológico.

2.4.1.1. O Primeiro Trimestre de Gravidez

Colman e Colman (1994) consideram o primeiro trimestre de gravidez como um tempo de alegria em que a mulher sente ter um segredo dentro dela, que vai contar apenas a quem desejar.

Nas primeiras semanas de gravidez, a mulher grávida evidencia uma tendência para diminuir o investimento no seu meio habitual e centrar-se sobre si mesma (Justo, 1986).

Mas de acordo com Camarneiro (1998), que se baseou nos relatos de várias mulheres, este período não é só de alegria. É também um período de preocupações e medos, apresentados sobre a forma de alguma tristeza face à nova situação. Neste período inicialmente surgem as dúvidas de estar ou não grávida, uma vez que o feto não é ainda objectivamente sentido e as alterações corporais são ainda muito discretas.

Maldonado (1991, *cit. in* Camarneiro, 1998) considera que não existe nem uma gravidez completamente aceite nem totalmente rejeitada. Mesmo quando há uma predominância de aceitação ou rejeição, o sentimento oposto não está inteiramente ausente. Esta confusão de sentimentos pode ser justificada pelas grandes mudanças pessoais, intrapsíquicas, entre outras, que a gravidez implica e que envolvem ganhos e perdas. Esta ideia de ambivalência é partilhada também por Colman e Colman (1994).

Esta oscilação de sentimentos vai estar presente ao longo de toda a gravidez, podendo uma atitude inicial ser substituída pela atitude oposta no final da gravidez (Camarneiro, 1998).

Neste período de gravidez, as experiências emocionais da mulher são, em parte, determinadas pelas modificações fisiológicas intensas que a mulher sofre, cuja adaptação

demora o seu tempo (*op. cit.*). O aparecimento de certos sintomas e sinais clínicos, como um estado de fraqueza, indisposição matinal, náuseas, entre outros, para além de criarem alguma restrição nos hábitos e actividades do quotidiano, podem também originar sentimentos de ambivalência face à gravidez (Justo, 1986).

Em mulheres imaturas e com falta de apoio social, estas perturbações podem prolongar-se para além do segundo trimestre de gravidez (Santos, 1998).

Estes sintomas do primeiro trimestre podem surgir como um choque para a mulher, uma vez que a maioria não esperava que a sua vida quotidiana e profissional fosse afectada antes do nascimento do bebé. Por sua vez, uma segunda gravidez pode ser muito menos romântica do que a primeira, uma vez que a mulher grávida pode sentir um pânico súbito em relação às novas responsabilidades que se avizinham (Colman & Colman, 1994).

Durante este período de gravidez “... podem ocorrer fantasias estranhas e sonhos sobre o organismo desconhecido, invisível e ainda não sentido que cresce no interior do corpo da mulher” (Colman & Colman, 1994, p. 68). Para além disso, os músculos da mulher começam a esticar-se, para se prepararem para as alterações corporais que irão ocorrer mais tarde. Durante este período, os seios da mulher aumentam o máximo que irão crescer. Embora as mudanças corporais sejam ainda muito ligeiras, a mulher pode ver estas alterações como desmesuradas e pode sentir-se gorda e feia ou, pelo contrário, pode estar orgulhosa dos seus seios recentemente aumentados (*op. cit.*).

Segundo Justo (1986), durante este período de gravidez há uma redução do relacionamento sexual, sendo este mais nítido nas primíparas. Esta redução está relacionada com o medo de danificar o feto.

2.4.1.2. O Segundo Trimestre de Gravidez

Este trimestre de gravidez é considerado o mais calmo (Colman & Colman, 1994). Maldonado (1991, *cit. in* Camarneiro, 1998) refere também este período como a fase emocionalmente mais estável.

A entrada no segundo trimestre caracteriza-se, em grande parte, pelo início da percepção dos movimentos fetais. Este é um passo decisivo no desenvolvimento da gravidez, uma vez que constitui o ponto de partida para a diferenciação psicológica mãe-feto. Para além disso, a grávida tem de lidar com a sensação de que o processo de gravidez não é totalmente controlado por ela, ou seja, o desenvolvimento do feto tem um percurso próprio, com regras e ritmos que são independentes da sua vontade (Justo, 1986).

Quando, por esta altura, ainda não existe uma aceitação da gravidez, a percepção dos movimentos fetais vai favorecer essa aceitação. Esta é também a altura em que a futura mãe começa a preparar o enxoval e a escolher objectos para o bebé, que ela já começa a conhecer como calmo ou agitado, e a imaginar a sua aparência física (Camarneiro, 1998).

De acordo com o mesmo autor, os movimentos fetais passam também a ser indicadores do bem-estar fetal, e a diminuição ou ausência destes movimentos durante algum tempo podem ser geradores de ansiedade na mãe, pelo receio de que o bebé possa não estar bem.

Para além disso, a mulher acredita agora na sua gravidez, já não sente os sintomas físicos incómodos e já não existe a ameaça de aborto (*op. cit.*).

Este é também um período rico em experiências emocionais, uma vez que é nesta altura que a futura mãe começa a conversar com o seu bebé. Para além disso, a mulher grávida começa também nesta altura a acariciar o seu ventre (Justo, 1986).

Esta atitude da futura mãe em relação ao feto é, na opinião de Leff (1980, *cit. in* Justo, 1986), um sinal de estabelecimento da comunicação não verbal da mãe para o filho, e constitui um indicador de que o processo de familiarização entre os dois seres se está a concretizar. Este facto envolve a capacidade da mãe imaginar aspectos do seu futuro filho, tal como a sua face, o seu nome, o seu sexo, etc.

Actualmente, com as novas tecnologias, os pais podem já saber o sexo do seu bebé. É durante este trimestre de gravidez que se pode ter esse conhecimento. Alguns estudos

sugerem que com este conhecimento se começa a formar a relação dos pais com o bebé (Colman & Colman, 1994).

Para Soifer (1991, *cit. in* Camarneiro, 1998), neste período a ansiedade é dominante. Devido a esta ansiedade, a grávida pode sentir distorções dos movimentos fetais, como sinal da negação da gravidez até uma etapa mais tardia ou, pelo contrário, sentir esses movimentos como intensos e violentos, de tal forma que lhe podem causar danos físicos.

Neste trimestre tornam-se evidentes as alterações corporais. Estas alterações podem ser vividas de duas maneiras diferentes pelas mulheres. Há mulheres que sentem orgulho pelo seu corpo grávido e outras, pelo contrário, sentem as alterações corporais como uma deformação. Surge, então, o medo da irreversibilidade da forma corporal (Camarneiro, 1998).

Maldonado (1991, *cit. in* Camarneiro, 1998), atribui um outro significado ao temor da irreversibilidade da forma. De acordo com a sua opinião, este temor tem um significado simbólico mais profundo. Pode reflectir o medo que a mulher sente de ficar modificada como pessoa pela experiência da maternidade. Tem medo de não recuperar a identidade antiga e de se transformar numa outra pessoa, de ter mais perdas que ganhos.

Nesta fase da gravidez, a hipersónia tem tendência a desaparecer, mas há um aumento da introversão e da passividade. A mulher vai ficar mais calma, mais retraída e mais concentrada em si mesma, sentindo a necessidade de receber mais afecto, carinho e atenção, sobretudo por parte do companheiro (Maldonado, 1991, *cit. in* Camarneiro, 1998).

Durante este período, as alterações do desejo e desempenho sexual são muito variáveis, havendo opiniões controversas. De acordo com Masters e Jonhson (1970, *cit. in* Justo, 1986), a vida sexual do casal passa a ser mais gratificante. Depois da redução da frequência do relacionamento sexual durante o primeiro trimestre, há um novo reactivar do impulso sexual, sendo que alguns casais chegam a atingir uma satisfação desconhecida até então.

Colman e Colman (1994) consideram que as mulheres se sentem mais eróticas nesta fase, havendo uma sexualidade acrescida.

Maldonado (1991, *cit. in* Camarneiro, 1998) não partilha da mesma opinião. Para este autor, nesta altura tende a haver uma diminuição do desejo sexual, podendo mesmo chegar ao desinteresse total, tanto da parte da mulher como do homem, observando-se muito raramente o aumento da sexualidade.

2.4.1.3. O Terceiro Trimestre de Gravidez

Durante este trimestre, a ansiedade e os distúrbios emocionais são os sintomas mais significativos (Rofé et al., 1993, *cit. in* Camarneiro, 1998). A partir desta altura, a mulher vai começar a preparar-se para o parto. Embora ela saiba que a data esperada para o parto é no nono mês de gestação, sabe também que o bebé tem viabilidade para nascer a qualquer momento (Camarneiro, 1998).

Por esta razão, este é considerado o período de preparação para a separação que ocorre com o parto. Depois da entrada no sétimo mês de gestação, o momento do parto apresenta-se cada vez mais próximo e inevitável. Paralelamente às manifestações de ansiedade relacionadas com o parto, as mulheres sentem-se orgulhosas e realizadas por estarem nesta fase de gravidez (Justo, 1986).

Este trimestre vai, por isso, combinar o orgulho e realização pessoal com a antecipação ansiosa do nascimento, que é desconhecido mas percebido como fisicamente desconfortável (Colman & Colman, 1994).

Quer a grávida seja primípara ou múltípara, este período, sendo a altura de preparação interna para o parto, envolve um aumento de ansiedade (Justo, 1986).

Durante este trimestre, a dilatação do útero atinge o seu máximo. Para além disso, existem agora queixas frequentes do estômago e diafragma, que estão cada vez mais comprimidos, e de irritações na bexiga. Todos estes aspectos vão provocar ansiedade e preocupação na mulher grávida (Justo, 1986).

O aumento dos níveis de ansiedade devem-se também ao facto de, com a aproximação do parto, surgirem os receios quanto à capacidade para cuidar do bebé e ser uma boa mãe

(Soifer, 1991, *cit. in* Camarneiro, 1998). Esta ansiedade, geralmente, faz-se acompanhar de sentimentos contraditórios ou ambivalentes, que se traduzem, por um lado, na vontade de ter o filho e terminar a gravidez e, simultaneamente, na vontade de prolongar a gravidez para adiar a necessidade de fazer as novas adaptações exigidas pela vinda do bebé (Camarneiro, 1998).

Neste período, o oitavo mês é o mais incómodo, uma vez que o feto já está perto do seu volume máximo e ainda não desceu para a região pélvica. Surgem aqui sentimentos negativos face à gravidez, devido ao mal-estar físico e às fantasiadas perturbações do trabalho de parto (Justo, 1986).

No nono mês de gravidez, observa-se geralmente uma inesperada recuperação de energia por parte da grávida. O mau estar físico tende a desaparecer uma vez que o feto por esta altura desce para a região pélvica (Justo, 1986).

Colman e Colman (1994) partilham da mesma opinião. Na sua opinião, esta recuperação exprime-se no sobre-investimento das tarefas domésticas ou profissionais, de modo a alcançar uma redução da ansiedade que resulta do receio de perda do auto-controlo durante o trabalho de parto ou no receio da perda da criança.

Para as múltiparas, este é também um período de ansiedade crescente. Embora existam muitas alegrias para equilibrar as ansiedades, como por exemplo a comparação dos movimentos do feto com as do outro, o orgulho de não ter engordado tanto, a segurança de que a família está apta para lidar com um recém-nascido, entre outros, a questão de um trabalho de parto que se aproxima pode trazer à memória um parto anterior em que tenha ocorrido uma complicação, que tenha feito dele um parto particularmente difícil. Como agora é mais velha, é provável que possa vir a ter mais complicações, quer com a gravidez quer com o parto. Para além disso, as múltiparas podem ter a sensação de que o bebé possa chegar a qualquer momento, uma vez que as contracções preliminares, que podem passar despercebidas a uma primípara, podem ser suficientes para fazer com que uma mulher múltipara chame o médico ou que se dirija prematuramente para o hospital.

Segundo Camarneiro (1998), esta é também uma época em que a mulher revela as suas dúvidas em relação à sua forma, ou seja, começa a duvidar se voltará à sua forma antiga.

Este é por isso um período em que a insónia é uma queixa comum. Isto pode fazer com que a mulher se vire para o seu companheiro mais intensamente, uma vez que precisa de mais tranquilidade. Pode interrogar-se se ele ainda a amará, uma vez que o seu aspecto físico está agora muito diferente. A mulher pode sentir-se pouco atraente e desleixada (Colman & Colman, 1994).

Nesta fase há também alterações do relacionamento sexual. O ventre, cada vez mais volumoso, e o feto cada vez mais activo, são obstáculos ao funcionamento sexual habitual (Justo, 1986).

Para Colman e Colman (1994), os factores psicológicos, como o ter medo de fazer mal ao bebé, e os factores físicos, como o abdómen aumentado, podem ser impeditivos do relacionamento sexual.

2.5. “Sinais de aviso” na gravidez

Numa gravidez normal, podem ainda ocorrer algumas situações que são designadas por “sinais de aviso” (Zuckerman, 1980, *cit. in* Justo, 1986). De acordo com Blum (1980), actualmente, os maiores riscos na gravidez não são médicos mas sim psicológicos. Estes sinais podem ser de natureza física ou psicológica.

Sinais de aviso de natureza física:

- aborto habitual;
- hipertensão, que pode ter uma especial importância psicológica se não existir antes da gravidez;
- náuseas excessivas, que podem indicar ambivalência física;
- aumento de peso excessivo;
- dores e contracções musculares dolorosas, vagas e invulgares na zona genital;
- afrontamentos, corrimentos e desmaios;

- dificuldades respiratórias, que poderão estar relacionadas com a sensação de perda de autonomia;
- queixas gastro-intestinais;
- problemas circulatórios e dores em diversas zonas corporais.

Estes sinais físicos podem ter múltiplas interpretações a nível psicológico.

Sinais de aviso de natureza psicológica:

Os sinais psicológicos são mais difíceis de interpretar uma vez que habitualmente são experienciados de uma forma menos focada. Todas as mulheres vivenciam estes sentimentos. O grau, duração e extensão da ansiedade que os acompanha é o que diferencia os sinais comuns do “stress” desenvolvimental do que pode vir a ser um problema. Estes sinais são:

- preocupações excessivas e/ou medos relativamente a prejuízos consigo mesma durante a gravidez, a futura criança, o casamento e os pais;
- fantasias invulgares que escapam ao controlo da mulher relativamente à possibilidade de perda de controlo da gravidez e do parto, ou de ser abandonada pelo marido ou pelos pais;
- ansiedade de separação prolongada manifestada em depressões prolongadas, períodos de agitação e depressão, discussões matrimoniais crónicas baseadas em ciúmes e medo de abandono;
- perda de capacidade emocional de resposta;
- alterações de humor invulgares;
- resistência em relação ao comportamento de preparação do espaço físico adequado ao futuro bebé.

Estes sinais de dificuldade de adaptação podem situar-se num contínuo, desde a intensidade normal à patológica. Isto significa que aparecem na grande maioria das mulheres grávidas, mas raramente a um nível que possa comprometer o desenvolvimento da gravidez (Justo, 1986).

Concluindo, para que a mulher possa ter uma gravidez saudável e sem grandes percalços, ela tem de aprender a comportar-se como grávida. A maneira como essa

aprendizagem se vai desenrolar vai influenciar a vivência da gestação e a atitude durante o parto (Vieira & Ferronha, 1988).

2.6. A importância da relação da grávida com a sua mãe

Quando a mulher se dá conta que vai ser mãe, fica preocupada com a mãe, a sogra e outras mulheres que foram figuras maternas na sua vida (Colman & Colman, 1994).

Para cada mulher, a sua própria mãe é o primeiro modelo de comportamentos e afectos maternos. Ao longo da sua vida, a mãe vai comunicar à filha, quer através da comunicação verbal quer não verbal, através da forma como vive a sua vida e cuida da sua filha, o que é ser mãe e como é que uma mãe sente e se comporta (Canavarro, 2001).

Na organização interna de cada mulher, ficaram gravadas, desde a infância, imagens e símbolos das qualidades maternas. Dentro dessas, existem as qualidades positivas, que a mulher grávida vai sentir agora necessidade de proteger e de desenvolver, e as qualidades negativas, que pretende, agora, rejeitar. Estas tarefas psicológicas que a mulher vai ter de realizar, vão gerar uma certa culpabilidade e conflito na grávida. Isto explica a relutância que muitas vezes a grávida sente em comunicar à mãe a sua gravidez. Perante esta situação, muitas mulheres recusam-se a aceitar a sua gravidez (Justo, 1986).

Colman e Colman (1994) partilham a opinião de que a mulher grávida vai querer desesperadamente fazer melhor do que a sua própria mãe, mas, ao identificar-se com ela, pode estar destinada a repetir os mesmos erros. Contudo, esta preocupação tende a desaparecer no início do segundo trimestre.

Também para Justo (1986), o conflito entre a rejeição e a identificação com os atributos maternos, começa a atenuar-se apenas no início do segundo trimestre. A percepção dos movimentos fetais pode constituir um estímulo para a resolução adequada desta identificação, que é fundamental para o estabelecimento das aptidões maternas.

Brazelton (1981, *cit. in* Gomes Pedro, 1985) tem uma posição um pouco diferente. Segundo ele, a mulher grávida tende a aproximar-se da mãe, interrogando-a sobre a sua própria infância. São resolvidos, muitas vezes, nesta altura velhos conflitos e volta a haver uma certa dependência parental.

Por vezes, vemos uma mulher grávida cuja mãe permanece a figura mais importante ao longo da gravidez. Uma filha pode estar a ter um bebé para a sua mãe, quer seja para substituir uma criança que a mãe tenha perdido, quer para compensar a incapacidade da mãe voltar a ter filhos. Esta situação é mais fácil de acontecer com mulheres jovens, que estejam a viver com os pais e que sabem que a mãe irá assumir maior responsabilidade pelo bebé (Colman & Colman, 1994).

Langer (1983) observou que as mulheres criadas num ambiente em que as suas mães descrevem o parto como angustiante e doloroso, têm mais partos difíceis, comparativamente com mulheres que tiveram um parto fácil e que foram educadas num ambiente oposto.

Esta autora refere também que a atitude que a mulher tem em relação à feminilidade depende, até certo ponto, da atitude e do ambiente que a rodeia na sua infância. Estes factores vão condicionar a sua conduta posterior.

Contudo, e embora não seja ainda possível determinar o peso da influência da relação materna sobre aspectos de desenvolvimento posterior, é possível referir que a qualidade das relações que as mães estabelecem com os seus filhos tem um poder preditivo para o seu desenvolvimento, apesar de não ser o único determinante (Canavarro, 1999).

2.7. A relação conjugal/marital

Em circunstâncias normais, a gravidez é um processo vivido a dois. Como tal, quando o casal decide ter um filho, o homem elabora mentalmente a gravidez, podendo mesmo, do ponto de vista emocional, estar “mais grávido” do que a sua companheira (Sá, 1997, *cit. in* Camarneiro, 1998).

Para além das repercussões psicológicas que a gravidez gera na mulher grávida, é também necessário reconhecer as alterações psicológicas que ocorrem no marido/companheiro. Estes, embora não estejam envolvidos fisicamente na gravidez, têm com ela uma relação psicológica bastante profunda (Justo, 1986).

O primeiro trimestre de gravidez é também sentido pelo futuro pai como um período de alegria e optimismo. É um momento em que o futuro pai faz planos e projectos financeiros, profissionais e domésticos, preparando-se para a adaptação familiar à situação pós-parto. No segundo trimestre de gravidez, o futuro pai, tal como a futura mãe, queixam-se frequentemente de problemas gastro-intestinais (Barry & Adler, 1980, *cit. in* Justo, 1986).

No terceiro trimestre, o futuro pai constitui um apoio físico e emocional bastante importante para a mulher grávida. Vai partilhar com a mulher as preocupações face ao trabalho de parto e ao nascimento do futuro bebé (Justo, 1986).

Perante o medo de não poder 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. Há aqui uma reavaliação da relação emocional com o marido, que se torna necessária para que se dê a introdução do bebé na relação (Colman & Colman, 1994).

Justo (1994, *cit. in* Camarneiro, 1998) considera que o marido passa a constituir o garante dos recursos necessários para enfrentar esta nova etapa das suas vidas.

Algumas mulheres sentem, contudo, ciúmes em ter de partilhar a gravidez com o marido, especialmente depois do segundo trimestre, quando a barriga já é claramente visível e os movimentos fetais podem ser sentidos tanto por ela como por ele. Por essa razão, algumas mulheres tornam-se hipercríticas em relação às atitudes, maneiras e masculinidade dos seus maridos/companheiros (Colman & Colman, 1994).

O homem, para além de tentar lidar com os sentimentos de ser pai, tem de aprender a ser “mãe” da sua mulher, para a poder ajudar a lidar com as transformações da sua vida. Por essa razão, as suas necessidades são colocadas num plano secundário, tornando-se por isso

difícil de admitir que está a viver uma profunda experiência emocional durante a gravidez da sua companheira (Sá, 1997, *cit. in* Camarneiro, 1998).

De acordo com o mesmo autor, a qualidade relacional que o homem estabelece com a grávida e com o bebé, podem ser determinantes para a futura saúde mental do bebé.

Por outro lado, o investimento emocional e de tempo que a gravidez e a maternidade implicam podem ser vistos como um “roubo” à relação conjugal/marital previamente estabelecida. Muitas mulheres manifestam alguma preocupação e medo de, com o nascimento do bebé, não conseguirem encontrar um equilíbrio conjugal satisfatório.

Zimmermann et al. (1994, *cit. in* Camarneiro, 1998) demonstraram que as mulheres grávidas que têm boas relações afectivas com os maridos, têm sintomas mais reduzidos de ansiedade e insónias.

Quando a aliança conjugal é fraca, ou quando a relação conjugal é conflituosa, há uma exigência acrescida na tarefa desenvolvimental da maternidade. Há um aumento da dificuldade em perceber o filho como um indivíduo autónomo, com características próprias, com necessidade, simultaneamente, de protecção e de autonomia (Canavarro, 2001).

Durante a gravidez, na fantasia do casal há um medo de que a actividade sexual vá fazer mal ao feto. Por esta razão, as decisões relativamente ao sexo são muito controversas e são frequentemente dissimuladas por outras preocupações pessoais decorrentes do estado de gravidez (Colman & Colman, 1994).

No segundo trimestre de gravidez, considerado o mais calmo, a mulher deve fazer uma reavaliação das suas relações. Para as primíparas, esta é uma tarefa muito mais vasta, uma vez que as múltíparas, provavelmente, já trabalharam a sua identidade em relação ao marido (*op. cit.*).

2.8. Conclusão

A gravidez representa, para qualquer mulher, um enorme esforço de adaptação física e psicológica. Durante a gravidez há um reajustamento dos vários mecanismos responsáveis pela manutenção da homeostase psíquica e biológica da grávida, que consome a maior parte da energia disponível nesta etapa da sua vida (Gomes Pedro, 1985).

Esperar um filho e em especial o primeiro é um dos acontecimentos mais importantes da vida de uma mulher e representa sem dúvida um desafio à sua maturidade e à estrutura da sua personalidade (Gomes Pedro, 1985, p. 21).

Esta é também uma oportunidade única para o desenvolvimento de novas responsabilidades. A mulher vai sentir-se ligada ao feto desde o início, com uma relação de dependência mútua e progressiva.

Sendo a gravidez uma experiência que expressa um relativo conflito-liberdade, a presença de um desejo de uma extensão da vida ou uma afirmação do sucesso do casamento, configuram a gravidez numa experiência provavelmente benigna, integrativa e terapêutica. As mulheres que efectuam esta tarefa desenvolvimental podem sair dela mais fortes, mais integradas e mais maduras, com ou sem acompanhamento. Pode ser uma altura reintegrativa para a mulher, uma altura muito gratificante, e os desafios podem ser vistos como desafios desenvolvimentais, mais do que como patologias (Blum, 1980).

CAPÍTULO III – A ANSIEDADE

3.1. Introdução

No nosso dia-a-dia, é normal existir um certo grau de ansiedade, sendo esta, muitas vezes, útil para nos estimular a agir. Esta é experimentada como normal se for adequada às circunstâncias e se for aceite como um acontecimento que acompanha o estímulo para lidar com uma situação específica. Os seus sintomas, como o medo, as palpitações, a sudação, entre outros, são-nos bastante familiares quando estamos perante uma situação que se teme, tal como um exame ou uma apresentação pública (Montgomery, 2000).

A ansiedade, como fenómeno psicológico, é considerada como um dos mecanismos de adaptação do nosso organismo às situações de “stress” e tensão (Eibsfelt, 1971, *cit. in* Fonseca, 1997).

3.2. Definição e sintomas

A ansiedade é uma emoção pouco diferenciada, frequentemente entendida pelas pessoas em geral como patológica ou patogénica. Estando a ansiedade relacionada com o medo, diferencia-se deste pela falta de um objecto ameaçador. Ou seja, enquanto o medo antecipa uma ameaça, a ansiedade antecipa a vivência da ameaça (Abreu, 1994).

A ansiedade normal varia de intensidade, de pessoa para pessoa e na mesma pessoa em situações diferentes, e corresponde à resposta física e mental às agressões do dia-a-dia ou a qualquer outra eventualidade: “O nível a partir do qual a ansiedade é sentida como dolorosa, dominadora e paralisante do pensamento e do comportamento é variável de pessoa para pessoa” (Paulino & Cordeiro, 1986, p. 189). A par deste tipo de ansiedade, existe a ansiedade

que, qualitativa ou quantitativamente, é já considerada como patológica e como a exacerbação da ansiedade normal.

Por seu lado, Groen (1974, *cit. in* Paulino & Cordeiro, 1986) define a ansiedade como uma emoção desagradável, sendo esta característica induzida pela antecipação de um perigo ou frustração que ameaça a segurança, a homeostasia ou a própria vida do indivíduo. Esta situação pode afectar também o grupo biopsicossocial a que o indivíduo pertence.

Para Gath e Rose (1985), a perturbação da ansiedade é caracterizada por um medo desproporcional para as circunstâncias. É acompanhada por sentimentos de tensão e nervosismo. O paciente tem medo sem razão aparente e vê ameaças em todas as situações.

Segundo Montgomery (2000), o limite entre o que podemos aceitar como ansiedade normal e a ansiedade patológica é, em grande parte, determinado pelo nível de funcionamento do indivíduo ansioso. O indivíduo precisa de ajuda nos casos em que a ansiedade é tal que já não consegue responder adequadamente às tensões do dia-a-dia.

No DSM - IV - T.R. (A. P. A., 2002), as Perturbações da Ansiedade encontram-se divididas em sub-grupos, sendo deles exemplo as Perturbações de Pânico, a Perturbação da Ansiedade Generalizada, a Perturbação de Stress Pós-Traumático, entre outros. Contudo, a maioria dos sintomas são comuns aos vários tipos de Perturbações da Ansiedade. Entre eles podemos destacar a agitação, nervosismo ou tensão interior, a fadiga fácil, as dificuldades de concentração ou esquecimentos devido à ansiedade, a irritabilidade e as perturbações do sono, como sejam a dificuldade em adormecer ou permanecer a dormir ou, então, manter um sono agitado. A tensão muscular é também frequente e, segundo Paulino e Cordeiro (1986), centra-se principalmente na cabeça, pescoço e costas, levando geralmente a cefaleias. Para além de tudo isto, a pessoa sente dificuldades em controlar as suas preocupações.

A ansiedade tem geralmente duas vertentes. Uma delas é a psicológica, ou seja, de terror e expectativa de ameaça, com a sensação de medo ou de pânico. A outra vertente é a da sintomatologia somática e vegetativa, que inclui palpitações, dispneia, boca seca, náuseas, tonturas, ruborização, mal-estar abdominal, tremores e tensão muscular (Paulino & Cordeiro, 1986).

De acordo com os mesmos autores, a ansiedade é considerada como patológica quando, pela frequência da ocorrência e pela gravidade ou duração dos sintomas, interfere com o bem-estar ou com actividade diária da pessoa.

3.3. Curso e prognóstico

Segundo Paulino e Cordeiro (1986), a maior parte dos doentes ansiosos, que são observados fora da prática psiquiátrica, têm bom prognóstico. Quanto aos doentes referidos em Psiquiatria, um terço recuperam completamente ou têm uma melhoria significativa. Os restantes continuam a manifestar alguns sintomas e têm um grau de incapacidade que varia de pessoa para pessoa.

Quanto aos adultos jovens que são cronicamente ansiosos, estes tendem a ficar menos ansiosos com a idade, especialmente se conseguirem atingir um certo grau de sucesso e de estabilidade nas suas vidas pessoais.

Existem vários factores que são considerados de bom prognóstico. Entre eles podemos encontrar um ambiente com um baixo grau de “stress”, a maturidade do Eu, a estabilidade das relações pessoais, um bom rendimento no trabalho e uma curta duração dos sintomas (Paulino & Cordeiro, 1986).

3.4. Prevalência e distribuição por sexos

De acordo com Paulino e Cordeiro (1986), cerca de três quartos das pessoas com ansiedade patológica não procuram um psiquiatra. Este facto sugere que a história natural da sua perturbação é favorável ou então que as medidas terapêuticas simples são suficientes.

Quanto à distribuição por sexos, na população geral, as mulheres revelam uma taxa dupla de ansiedade em relação aos homens. Em contrapartida, na população psiquiátrica, a taxa de ansiedade das mulheres é igual à dos homens (*op. cit.*).

3.5. Etiologia

Bowlby (s. d., *cit. in* Paulino e Cordeiro, 1986) efectuou um estudo onde foram observadas crianças no seu ambiente natural. Através desta observação, formulou a hipótese de que a ansiedade patológica na sua vida adulta ocorre devido a comportamentos individuais de ligação, que foram satisfeitos de forma inadequada e inapropriada durante a sua infância.

Paulino e Cordeiro (1986) consideram também os factores genéticos como podendo estar na base de uma predisposição para a ansiedade, podendo esta característica ser mais ou menos variável. As pessoas com esta predisposição ficam patologicamente ansiosas em condições em que outras pessoas não responderiam ou teriam uma ansiedade normal.

3.6. Prevenção

De acordo com Paulino e Cordeiro (1986), existem situações especiais de mudança quer a nível biológico, psicológico ou social, que vão exigir das pessoas esforços suplementares de adaptação. Nos períodos de transição, como a adolescência, a gravidez, a morte de um familiar, uma doença do próprio ou de alguém que lhe está próximo, o desemprego, entre outros, as pessoas estão particularmente susceptíveis. Nestes períodos, o apoio psicológico pode permitir o estabelecimento de um novo equilíbrio.

Muitas vezes, a ansiedade reflecte conflitos psíquicos e problemas relacionais em que se torna necessária a utilização de técnicas psicoterapêuticas especializadas. Outras vezes, o

acompanhamento do clínico e a simples compreensão empática vão permitir ao doente a descoberta de novas formas de lidar com a situação.

Na maioria dos casos, o diagnóstico precoce das perturbações ansiosas pode ser feito pelo clínico geral. O tratamento inicia-se com o estabelecimento de uma relação forte entre o médico e o doente. Muitas vezes a qualidade desta relação revela-se suficiente para o tratamento.

3.7. Diferença entre ansiedade-estado e ansiedade-traço

É importante distinguir a ansiedade-estado da ansiedade-traço. De acordo com Spielberger (1994, *cit. in* Silva, 2003), a ansiedade-estado corresponde a um “...corte transversal temporal na corrente emocional da vida de uma pessoa.” (Silva, 2003, p. 50). Este estado é caracterizado por sentimentos subjectivos de tensão, por apreensão, por nervosismo e preocupação e pela activação do sistema nervoso autónomo.

A ansiedade-traço, por outro lado, é definida pelas diferenças individuais, relativamente estáveis, em relação à tendência que cada pessoa tem para a ansiedade. Por outras palavras, o traço de ansiedade corresponde às diferenças inter-individuais para a propensão a perceber situações “stressantes” como perigosas ou ameaçadoras, bem como a tendência para reagir a essas situações com elevações frequentes e intensas do estado de ansiedade (Spielberger, 1994, *cit. in* Silva, 2003).

3.8. Conclusão

Pode dizer-se então que “(...) a emoção da ansiedade resulta da resposta autonómica ao estímulo ameaçador e também provoca a resposta adequada” (Montgomery, 2000, p. 35).

A sensação desagradável provocada pela ansiedade, que está quase sempre relacionada com um sinal de alarme experimentado pelo ser humano perante a existência de um perigo, quer seja real ou imaginário, pode ser então considerada como uma resposta natural e que se tem manifestado em todas as culturas e em todos os indivíduos (Fonseca, 1997).

CAPÍTULO IV - A ANSIEDADE NA GRAVIDEZ

4.1. Introdução

Durante a gravidez, muitas mulheres sentem-se contentes e não demonstram qualquer evidência de angústia ou de tristeza. As mulheres que habitualmente são atormentadas por uma forte tensão pré-menstrual, podem ver na gravidez uma espécie de felicidade de interlúdio. Outras, pelo contrário, vêem os três primeiros meses, em particular, como muito “stressantes” (Oppenheim, 1985).

Contudo, segundo Chertok (1966, *cit. in* Santos, 1993), do ponto de vista clínico, uma gestação sem qualquer sintoma de turbulência não é sinónimo de uma integração bem sucedida. Muito pelo contrário, assinala quase sempre uma disfunção em certas defesas.

4.2. Tipos de ansiedade comuns na gravidez

A ansiedade é uma reacção emocional normal experienciada por toda a gente. Nas mulheres grávidas existem também formas de ansiedade normais. A grávida necessita de sentir uma pequena ansiedade para se poder adaptar às novas tarefas desenvolvimentais.

De acordo com Vieira e Ferronha (1988), na génese da ansiedade na gravidez, destacam-se dois fenómenos: a expectativa e a aprendizagem. A expectativa está relacionada com a criança, com o comportamento da grávida e com a atitude durante o parto. Esta expectativa pode ser influenciada pelas experiências anteriores da mulher, ou seja, pela história individual da grávida, e pela maturidade psicológica e a percepção que tem de si própria nas mais variadas facetas, ou seja, o seu auto-conceito.

Quanto à aprendizagem, o problema revela-se mais nas primigestas. Estas, não tendo qualquer esquema de reforço anterior à sua gravidez, vão-se comportar socialmente como grávidas, imitando os modelos de grávida que lhes são oferecidos no seu dia-a-dia. Esta situação vai contribuir para o aumento da sua ansiedade, uma vez que as primigestas se vão basear no conhecimento do “ouvi dizer”.

Socialmente, o parto é visto como sinónimo de dor, sendo, de certa forma, considerado bom sofrer durante o parto, porque esta é a forma de todos darem valor à maternidade, trazendo consigo ganhos secundários.

Assim, para se poder controlar a ansiedade nestas grávidas, é importante modificar os aspectos cognitivos da grávida “(...) combatendo aquilo a que chamamos o conhecimento do ‘ouvi dizer’” (Vieira & Ferronha, 1988, p. 372).

De acordo com Lightfoot, Keeling e Wilton (1982), os estudos realizados até à data revelam que as mulheres que são ansiosas e deprimidas durante a gravidez, tendem a ter mais dificuldades e complicações durante o trabalho de parto do que as mulheres grávidas que não apresentam estas reacções psicológicas adversas.

Davis e De Vault (1962, *cit. in* Lightfoot et al., 1982) vão ao encontro desta teoria. De acordo com estes autores, as mulheres que experienciaram mais dificuldades no parto estão significativamente mais ansiosas durante a gravidez do que as mulheres que não manifestam essas dificuldades.

Ballinger (1982) refere que existem vários estudos que indicam que existe uma associação entre os altos níveis de sintomas psiquiátricos (ansiedade e depressão), durante a gravidez, e os distúrbios emocionais no pós-parto.

Apesar disso, a ansiedade da grávida, especialmente presente no último trimestre de gravidez, sendo muitas vezes interpretada como patológica, pode ser hoje entendida e até aproveitada (Gomes Pedro, 1985).

Brazelton (1981, *cit. in* Gomes Pedro, 1985) considera que muita da ansiedade pré-natal pode ser considerada como um mecanismo saudável de ajustamento a uma nova homeostase psicológica. As reacções de alarme podem contribuir para a reorganização da mulher face ao novo papel que se aproxima, uma vez que é necessário haver um ajustamento rápido a uma criança, criança esta que a mãe ainda não conhece completamente.

Existem, contudo, tipos de ansiedade comuns na gravidez. Numa primeira gravidez, a apreensão natural pode estar ligada à ignorância. As grávidas podem encontrar-se num estado de conflito devido à gravidez, especialmente se esta não foi planeada (Oppenheim, 1985).

De acordo com a mesma autora, as experiências passadas infelizes podem também estar na origem de medos específicos. As interrupções voluntárias da gravidez prévias, especialmente se escondidas dos maridos, podem dar origem a repetidos abortos espontâneos ou a nascimentos prematuros de nados-mortos, originados por estados de ansiedade das pacientes.

Os medos acerca das anormalidades do feto são também comuns e podem estar aumentados em mulheres expostas a infecções ou drogas durante o primeiro trimestre de gravidez. As mulheres que têm conhecimento de riscos hereditários ou que já deram à luz uma criança com deficiências, podem estar também particularmente preocupadas (Oppenheim, 1985).

Muitas mulheres mostram bastante labilidade emocional na gravidez. O cansaço, a irritabilidade, a ansiedade e a depressão podem revelar-se experiências confusas (*op. cit.*).

Havendo uma ansiedade notória durante o primeiro trimestre, há uma tendência para esta se atenuar durante o segundo trimestre. Pela décima sexta semana de gravidez, a maioria das grávidas recupera o equilíbrio. O segundo trimestre de gravidez revela-se como o menos ansiógeno. Por volta do sexto ou sétimo mês de gravidez, a mulher volta a ter a sensação de bem-estar. Nas semanas que precedem o parto, a ansiedade volta a manifestar-se, aparecendo, com frequência, os medos (Santos, 1998).

No terceiro trimestre da gravidez, com o aumento da ansiedade devido à aproximação do parto, aparecem frequentemente os medos, as fantasias e os sonhos com conteúdos de punição, como sejam, a morte da própria, o receio de que a vagina fique irreversivelmente flácida, que o leite seja insuficiente ou de má qualidade, entre outros. A projecção da ansiedade sob a forma de fobias que não existiam anteriormente é também comum nesta fase da gravidez (Cordeiro, 1986).

Contudo, Little et al. (1982, *cit. in* Oppenheim, 1985), observando vários sintomas específicos, não encontraram diferenças significativas nos níveis de ansiedade ao longo da gravidez.

Por outro lado, Vieira e Ferronha (1988) consideram que, no início da gravidez, a mulher fica satisfeita e a atracção é maior que a repulsa, uma vez que a dor ainda está longe. Ao aproximar-se o parto, a repulsa aumenta, sendo maior que a atracção da gravidez e, como a fuga é impossível, gera-se a ansiedade, que é maior no terceiro trimestre.

Apesar disso, há mulheres que não se sentem ansiosas no término da gravidez, uma vez que a gravidez é muito desejada e o ponto repulsivo é muito pequeno, comparativamente ao atractivo (*op. cit.*).

Por outro lado, Santos (1993) referindo-se a vários autores (*e.g.*, Lester & Notman, 1986; Lubin, Gardener & Roth, 1975; Rizzardo, Magni et al., 1988; Singh & Saxena, 1991), considera que, ao sentirem a aproximação do parto, as grávidas manifestam a ansiedade sob a forma de receios e temores, que se objectivam especialmente em medos persistentes relativos à criança, como o receio da perda do feto e o aparecimento de doenças irreversíveis no filho.

Cox, Connor e Kendell (1982, *cit. in* Oppenheim, 1985) descobriram que a ansiedade influencia o parto e a saúde da criança que vai nascer. Muitas pacientes temem a dor de parto e têm dúvidas acerca da sua capacidade de lutar. Não é também invulgar o medo de morrer durante o parto.

Esta ansiedade pode estar na origem dos sinais de rejeição de maternidade registada no pós-parto precoce, verificado por Reis e Sequeira (1981, *cit. in* Gomes Pedro, 1985). Estes

autores interpretaram estes sinais como fazendo parte de um síndrome transitório, que vai sendo resolvido ao mesmo tempo que se estabelecem os organizadores da interação, que estão na origem da vinculação materno-infantil.

Justo (1994, *cit. in* Camarneiro, 1998) verificou também que as mulheres grávidas mais ansiosas no terceiro trimestre de gravidez sentem mais dificuldade no relacionamento precoce com os seus bebés.

Uma outra fonte de ansiedade pode ser uma habitação inadequada. Segundo Oppenheim (1985), as dificuldades financeiras são geradoras de ansiedade nas grávidas. Nas mães trabalhadoras surge também o conflito da decisão sobre se vai voltar a trabalhar ou se fica em casa com a criança. Com as mudanças da sociedade, esta decisão torna-se difícil e pode também ela ser causadora de ansiedade.

Idealmente, para minimizar os efeitos destes factores causadores de ansiedade, estes problemas deveriam ser discutidos antes da concepção (*op. cit.*).

A ansiedade na grávida está, em grande parte, relacionada com a falta de conhecimento que a grávida tem acerca das mudanças que está a atravessar. À medida que vai ganhando o conhecimento necessário, a sua confiança solidifica-se e, gradualmente, a sua ansiedade diminui. As novas aprendizagens funcionam como um mecanismo de “feedback” positivo, que vai reforçar as crenças nas suas competências (Oppenheim, 1985).

Para se poderem prevenir as doenças mentais durante a gravidez e no pós-parto, deve haver uma boa relação entre a grávida e o obstetra. Este deve, sempre que possível, falar com a paciente e esclarecê-la acerca dos seus medos e angústias (Naylor, 1978).

4.3. Estudos realizados sobre ansiedade na gravidez

Ferronha e Vieira (1988) realizaram um estudo onde tentaram controlar a ansiedade das grávidas através de técnicas de intervenção psicológica e de fornecimento de informações correctas e desligadas de preconceitos e mitos, com o intuito de tornar as vivências das mulheres grávidas menos penosas, de diminuir a percepção da dor e de melhorar o desempenho durante o parto. Com este estudo, verificaram que estas mulheres apresentaram uma diminuição da ansiedade nas últimas semanas de gravidez e no decurso de todo o trabalho de parto, tendo também um melhor desempenho durante o parto.

Num estudo realizado junto de 291 grávidas, Engle, Scrimshaw, Zambrana e Dunkel-Schetter (1990, *cit. in Santos, 1993*) verificaram que os valores de ansiedade durante a gestação tendiam a ser muito superiores aos verificados nos tempos subsequentes ao parto.

Erikson (s.d., *cit. in Lightfoot et al., 1982*), comparou um grupo de grávidas primigestas com um grupo de multigestantes e verificou que as primeiras tendiam a sentir mais medos por elas próprias e pelos seus bebés durante a gravidez do que as multigestantes. Por outro lado, as multigestantes que experienciaram complicações no primeiro parto, apresentam níveis mais elevados de medo para os bebés e maiores níveis de dependência do que as multigestantes que não tiveram complicações.

Estes estudos enfatizam a importância da identificação das mulheres que experienciaram experiências psicológicas adversas durante a gravidez, uma vez que estas mulheres estão em risco para o próximo parto. Uma identificação atempada destes casos pode permitir a formação de um suporte adicional adequado durante a gravidez (*op. cit.*).

Estudos realizados por Reading (1983, *cit. in Marteau et al., 1989*), sobre o estado psicológico da mãe durante a gravidez, sugerem haver uma correlação positiva entre a ansiedade e as complicações pré-natais, isto é, quanto mais elevada for a ansiedade, maiores e mais severas são as complicações. A ansiedade e as complicações podem ser associadas de várias formas.

A ansiedade pode afectar o feto directamente através de processos neuroendócrinos. Para além disso, a ansiedade elevada pode exercer influência indirecta na gravidez e no bem-estar do feto, através do seu efeito no comportamento maternal, por exemplo, ao aumentar o consumo de álcool e tabaco. A ansiedade maternal elevada pode ainda afectar adversamente o progresso laboral (*op. cit.*).

Num estudo realizado com 258 grávidas, com o objectivo de identificar os grupos de grávidas que apresentavam os vários níveis de ansiedade (alto, baixo ou médio) e também verificar os factores sócio-culturais que estavam relacionados com os níveis de ansiedade, Lightfoot et al. (1982), verificaram que níveis de ansiedade elevados estavam fortemente associados à insegurança financeira. Constataram também que os altos níveis de ansiedade tendem a estar associados a baixos níveis de educação e a problemas financeiros. Nestes casos, é também maior a probabilidade das grávidas estarem próximas dos familiares, uma vez que estes podem fornecer informações sobre experiências de gravidezes anteriores dolorosas.

Ao mesmo tempo, observaram níveis de ansiedade médios e baixos em mulheres mais seguras financeiramente, que têm melhores níveis de educação e que têm menos probabilidade de ter familiares a viverem próximos.

Estes autores justificaram os maiores níveis de ansiedade em mulheres financeiramente inseguras pelo facto de, com o acréscimo de mais um membro na família, haver também um acréscimo de encargos financeiros, aliado ao facto de haver menos um trabalhador na família, uma vez que a mulher não pode trabalhar durante algum tempo.

Como sugestão, estes autores avançam com a necessidade de investigar o tipo de preparação que as mulheres recebem para o parto, bem como avaliar a educação pré-natal recebida.

Kumar e Robson (1978) efectuaram também um estudo junto de primíparas, tendo verificado que as que apresentavam altos níveis de ansiedade e/ou depressão durante as primeiras doze ou quatorze semanas de gravidez, mostravam uma remissão no segundo e terceiro trimestre de gravidez. No entanto, ao longo da gravidez foram surgindo novos casos

de ansiedade e depressão, mas quase todos eles estavam relacionados com acontecimentos familiares graves.

Quanto aos efeitos da ansiedade nos bebés, em 1941, Sontag (*cit. in* Gomes Pedro, 1985) demonstrou que os recém-nascidos, filhos de mães que tiveram períodos prolongados de ansiedade nas últimas semanas de gravidez, eram significativamente mais activos e menos tolerantes em relação aos atrasos na sua alimentação.

Ferreira (1960, *cit. in* Gomes Pedro, 1985) encontrou, também, uma correlação positiva entre as emoções da mãe durante a gravidez e o comportamento do recém-nascido.

Bakow (1978), também citado por Gomes Pedro (1985), demonstrou que as mulheres que se revelavam mais ansiosas durante a gravidez, tinham mais possibilidade de ter bebés em sofrimento durante o parto.

Santos (1993), num estudo realizado junto de 34 mães primigestas, chegou a conclusões diferentes das avançadas pelos autores atrás referidos. Tentou verificar até que ponto a ansiedade evidenciada pelas grávidas, nas últimas semanas de gravidez, possuía valor prognóstico em relação à expressão interactiva do comportamento materno nos primeiros dias do pós-parto. Neste estudo, verificou que as mulheres que revelaram uma ansiedade-estado mais intensa nas últimas semanas de gravidez, tinham uma expressão afectuosa mais intensa e interagiam mais com os filhos que as mulheres que não revelaram índices tão altos de ansiedade.

Num estudo realizado por Barnett e Parker (1986), foram observadas 147 mulheres primíparas no pós-parto. Verificaram que as mulheres com elevados níveis de ansiedade estavam mais predispostas a complicações, enquanto que os seus bebés se revelavam mais lentos para amamentar. Estes factos parecem ser consequência dos níveis de ansiedade.

No período pós-parto, estas mulheres demonstraram mais tendência para a depressão, revelaram mais preocupações com os bebés, com elas próprias e com o seu casamento e estavam também menos confiantes acerca das capacidades do seu cônjuge. Para estes autores, estas variáveis podem estar relacionadas ou ser consequência da ansiedade.

4.4. Conclusão

De acordo com Naylor (1978), o pouco tempo que os obstetras podem disponibilizar para discutir com as pacientes os seus medos e ansiedades, pode ser prejudicial para o bom desempenho da grávida durante o trabalho de parto. Este autor verificou que se as pacientes em trabalho de parto não forem deixadas sozinhas, este é mais rápido e não são requeridas doses tão elevadas de anestésicos.

Para além disso, segundo o mesmo autor, quando é prestada uma atenção satisfatória à ligação entre a mãe e o bebé, a incidência da rejeição, dos abusos infantis e das perturbações pós-parto são reduzidas.

Na recolha bibliográfica por nós realizada, para além do estudo de Erikson (s. d., *cit. in* Lightfoot et al., 1982), não foram encontrados mais estudos comparativos da ansiedade entre primíparas e múltiparas, sendo este mais um incentivo à realização deste estudo.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO V – ASPECTOS METODOLÓGICOS GERAIS

5.1. Justificação do estudo

Ao abordar o tema da ansiedade na gravidez, tínhamos em mente focar uma questão menos abordada no nosso País. Por esse motivo, optámos por fazer a comparação dos níveis de ansiedade existentes em primíparas, comparativamente com os existentes em mulheres múltíparas. Com o intuito de evitar o surgimento de variáveis concorrentes, tais como, a presença de uma gravidez não desejada ou eventuais diferenças nos níveis de ansiedade nos diferentes meses de gravidez, decidimos seleccionar mulheres grávidas que se encontrassem no sétimo mês de gravidez, ou seja, aproximadamente entre a 28^a e a 32^a semanas de gravidez. Sendo o terceiro trimestre de gravidez marcada pelo aumento da ansiedade e de distúrbios emocionais (Rofé et al., *cit. in* Camarneiro, 1998), como já foi referido no segundo capítulo deste trabalho, pareceu-nos ser então o período mais indicado para o estudo. A escolha do sétimo mês de gestação deveu-se ao facto de, relativamente ao terceiro trimestre de gravidez, este ser o mês que está mais afastado do parto e da separação do bebé, que ele implica, e, por isso, menos sujeito ao “stress” inerente.

Delimitámos, ainda, a variável idade, de modo a que esta variasse entre os 25 e os 32 anos de idade, uma vez que uma idade inferior a 25 anos poderá estar relacionada com uma gravidez não planeada e, por outro lado, uma idade superior a 32 anos pode estar relacionada com um acréscimo de riscos para a gravidez. Embora os exames pré-natais específicos, como a amniocentese, sejam aconselhados apenas a partir dos 35 anos de idade, com o ritmo de vida que actualmente as mulheres têm os riscos na gravidez começam cada vez mais cedo. Qualquer um destes aspectos poderia enviesar o estudo em questão, pois converter-se-fam provavelmente em fontes de ansiedade para as mulheres grávidas.

Este estudo foi realizado com mulheres cuja gravidez foi considerada normal, não se incluindo, por isso, mulheres cuja gravidez fosse de risco e também as situações de gravidez na adolescência, como já mencionámos atrás.

5.2. Objectivos do estudo

O objectivo principal do estudo que nos propomos fazer é o de verificar se existem diferenças significativas entre os níveis de ansiedade-estado de grávidas primíparas e os de grávidas múltiparas.

Vamos também tentar apurar se as primíparas e as múltiparas apresentam diferenças quanto aos níveis de ansiedade-traço, aos medos em relação a si próprias, ao desejo de gravidez, à dependência em relação a terceiros, aos medos em relação ao bebé, aos sentimentos maternos e à irritabilidade.

É nosso objectivo, também, saber quais as variáveis que poderão influenciar os níveis de ansiedade-estado das grávidas por nós estudadas.

5.3. Hipóteses

De acordo com McGuigan (1976, *cit. in* Almeida & Freire, 1997), uma hipótese é uma proposição que deve ser testável, e que pode vir a ser a solução de um problema lançado. Ela deve ser, então, a explicação mais plausível para um dado problema.

A sua formulação deve obedecer a alguns princípios básicos e tem de possuir algumas características. Assim sendo, as hipóteses devem poder ser testadas, isto é, deve ser possível fazer a sua operacionalização. Para além disso, elas devem enquadrar-se nas hipóteses pré-existentes na mesma área, ser justificáveis, isto é, devem reunir algumas generalidades explicativas, e também ser relevantes para o problema em estudo. A sua formulação deve ser feita com clareza lógica (*op. cit.*).

No presente estudo, as hipóteses são agrupadas da seguinte forma, atendendo ao tipo de estudo efectuado: em primeiro lugar, é feita a comparação entre o grupo das primíparas e o grupo das múltiparas (da hipótese 1 à 8); em segundo lugar, é feita a comparação dos níveis

de ansiedade-estado das grávidas em função do estado civil, da escolaridade e do agregado familiar (da hipótese 9 à 11); seguidamente, é estudada a influência da ansiedade-traço na ansiedade-estado das grávidas, para o grupo das primíparas, das múltiparas e no grupo total (hipóteses 12, 13 e 14); por último, é estudada a influência das variáveis “medos em relação ao ‘self’”, “desejo de gravidez”, “dependência”, “medos em relação ao bebé”, “sentimentos maternos” e “irritabilidade” sobre a ansiedade-estado, para o grupo das primíparas, das múltiparas e no grupo total (hipóteses 15, 16 e 17).

Assim, as hipóteses existentes neste estudo são as seguintes:

Hipótese 1: Existem diferenças relativamente aos níveis de ansiedade-traço entre primíparas e múltiparas.

Hipótese 2: Existem diferenças relativamente aos níveis de ansiedade-estado entre primíparas e múltiparas.

Fundamentação teórica: Gomes Pedro (1985); Vieira e Ferronha (1988).

Hipótese 3: Existem diferenças entre primíparas e múltiparas, relativamente aos seus medos em relação ao “self”.

Fundamentação teórica: Erikson (s.d., *cit. in* Lightfoot, 1982).

Hipótese 4: Existem diferenças entre primíparas e múltiparas, relativamente ao seu desejo de gravidez.

Hipótese 5: Existem diferenças entre primíparas e múltiparas, relativamente aos seus níveis de dependência em relação a terceiros.

Hipótese 6: Existem diferenças entre primíparas e múltiparas, relativamente aos seus medos em relação ao bebé.

Fundamentação teórica: Erikson (s.d., *cit. in* Lightfoot, 1982).

Hipótese 7: Existem diferenças entre primíparas e multíparas, relativamente aos seus sentimentos maternos.

Hipótese 8: Existem diferenças entre primíparas e multíparas, relativamente aos seus níveis de irritabilidade.

Hipótese 9: Existem diferenças nos níveis de ansiedade-estado das primíparas e das multíparas, em função do seu estado civil.

Hipótese 10: Existem diferenças nos níveis de ansiedade-estado das primíparas e das multíparas, em função da sua escolaridade.

Fundamentação teórica: Lightfoot et al. (1982).

Hipótese 11: Existem diferenças nos níveis de ansiedade-estado das primíparas e das multíparas, em função do seu agregado familiar.

Hipótese 12: Os níveis de ansiedade-estado das primíparas são influenciados pelos níveis de ansiedade-traço das mesmas.

Hipótese 13: Os níveis de ansiedade-estado das multíparas são influenciados pelos níveis de ansiedade-traço das mesmas.

Hipótese 14: Os níveis de ansiedade-estado das grávidas são influenciados pelos níveis de ansiedade-traço das mesmas.

Hipótese 15: As variáveis “medos em relação ao ‘self’”, “desejo de gravidez”, “dependência”, “medos em relação ao bebé”, “sentimentos maternos” e “irritabilidade” exercem uma influência significativa sobre a variável “ansiedade-estado”, no grupo das primíparas estudadas.

Hipótese 16: As variáveis “medos em relação ao ‘self’”, “desejo de gravidez”, “dependência”, “medos em relação ao bebê”, “sentimentos maternos” e “irritabilidade” exercem uma influência significativa sobre a variável “ansiedade-estado”, no grupo das multíparas estudadas.

Hipótese 17: As variáveis “medos em relação ao ‘self’”, “desejo de gravidez”, “dependência”, “medos em relação ao bebê”, “sentimentos maternos” e “irritabilidade” exercem uma influência significativa sobre a variável “ansiedade-estado”, no grupo das grávidas estudadas.

Fundamentação teórica: Cordeiro (1986); Oppenheim (1985); Santos (1998).

5.4. Variáveis

De acordo com Almeida e Freire (1997), o objectivo das variáveis é o de quantificar e relacionar as dimensões psicológicas, estando estas associadas, sobretudo, às dimensões do comportamento avaliadas.

Em relação à distinção entre variáveis dependentes e independentes, de acordo com Alferes (1997), as variáveis dependentes são todas as dimensões do comportamento susceptíveis de observação e de quantificação. As variáveis independentes são a causa presumível dos efeitos experimentais ou variações simultâneas da variável dependente. Contudo, o autor faz a distinção entre variáveis independentes activas e passivas. As primeiras (activas) são aquelas que o experimentador pode manipular; as passivas são geralmente atributos individuais, que não podem ser manipulados. No presente estudo, as variáveis independentes enquadram-se neste último grupo (passivas).

Assim sendo, para as hipóteses em estudo, a variável dependente é a ansiedade-estado. As variáveis independentes passivas são as seguintes: a ansiedade-traço, os medos em relação ao “self”, desejo de gravidez, a dependência em relação a terceiros, os medos em relação ao bebê, os sentimentos maternos, a irritabilidade e o número de gravidezes.

5.5. Caracterização dos instrumentos utilizados

- “Pregnancy Research Questionnaire” (PRO) (Schaefer & Manheimer, 1960)

O instrumento utilizado foi adaptado para a população Portuguesa por Jongenelen (1998), no contexto da sua tese de Mestrado, que incidiu sobre a temática da gravidez na adolescência (Jongenelen, 1998) (Anexo 1).

O objectivo deste instrumento é o de “... avaliar as reacções e os sentimentos da mulher face à gravidez ...” (Jongenelen, 1998, p. 139).

O P. R. Q. é constituído por 29 itens, agrupados em 6 escalas separadas. Trata-se de um questionário de auto-relato, em que a grávida deve indicar o grau de concordância em relação a vários aspectos, no que respeita aos seus sentimentos e reacções em relação à gravidez, ao parto e ao futuro bebé.

As escalas que constituem este questionário medem várias dimensões:

- *Medos em relação ao “self”* (constituída pelos itens 10, 23 e 25), que pretende medir os medos, receios e preocupações da mulher no período da sua gravidez. Estes medos estão relacionados com as mudanças a nível do bem-estar físico e com a antecipação da experiência do parto. Quanto mais elevada for a pontuação nesta escala, mais elevados são os medos em relação a si própria, sendo que os valores variam entre um mínimo de 3 e um máximo de 12;

- *Desejo de gravidez* (constituída pelos itens 1, 3, 7, 11, 14, 20 e 24), que pretende avaliar o desejo de gravidez. Quanto mais elevada for a pontuação obtida nesta escala, menor é o desejo de gravidez, variando os valores entre um mínimo de 7 e o máximo de 34;

- *Dependência* (constituída pelos itens 4, 12 e 21), que pretende avaliar o modo como a mulher vivencia sentimentos de dependência em relação a outras pessoas. Quanto mais elevada for a pontuação obtida nesta escala, mais elevados são os sentimentos de dependência, variando os valores entre um mínimo de 3 e o máximo de 12;

- *Medos em relação ao bebê* (constituída pelos itens 5, 8, 13, 15, 18, 22 e 26), que pretende avaliar os medos, receios e preocupações da mulher, em relação à integridade do feto, como consequência do seu estado emocional durante a gravidez. Quanto mais elevada for a pontuação obtida nesta escala mais elevados são os medos em relação ao bebê; os valores variam entre um mínimo de 7 e o máximo de 28;

- *Sentimento maternal* (constituída pelos itens 2, 9, 16, 27 e 28), que pretende avaliar a percepção que a grávida tem dos seus sentimentos maternais. Quanto mais elevada for a pontuação obtida nesta escala, menor é o sentimento maternal; a pontuação varia entre um mínimo de 5 e o máximo de 25;

- *Irritabilidade* (constituída pelos itens 6, 19 e 29 a, b, c, d, e, f, g, h, i), que pretende avaliar o nível de irritabilidade, tensão, irrequietude e tonalidade emocional negativa da grávida. Quanto mais elevada for a pontuação obtida nesta escala, mais elevado é o nível de irritabilidade vivenciado; a pontuação varia entre um mínimo de 20 e o máximo de 44.

- Inventário de Ansiedade Estado/Traço (STAI)

O Inventário de Ansiedade Estado/Traço (STAI) é um instrumento de auto-relato constituído por duas escalas de vinte itens cada e é aplicável a indivíduos de ambos os sexos, a partir dos 15 anos (Silva, 2003).

A pontuação deste inventário varia entre o mínimo de 20 e o máximo de 80 pontos para cada escala, ou seja, quanto mais a pontuação se aproximar dos 80 pontos, mais elevados serão os níveis de ansiedade.

O STAI forma X1 Corresponde à ansiedade-estado e o STAI forma X2 corresponde à ansiedade-traço (Anexo 2).

Este instrumento foi utilizado num estudo realizado por Silva, Silva, Rodrigues e Luís (1999/2000, *cit. in* Silva, 2003), com uma amostra de 1000 indivíduos (193 mulheres e 807 homens), com a idade média de 23 anos, no âmbito da cooperação entre a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa e o Centro de Psicologia Aplicada do Exército. As conclusões a que chegaram foram as seguintes:

Tabela 1

Resultados obtidos por Silva, Silva, Rodrigues e Luís (1999/2000, cit. in Silva 2003), com a aplicação do STAI

	Homens	Mulheres
	Média	Média
Ansiedade-estado	37.1	37.6
Ansiedade-traço	34.7	36.0

Elaborámos, ainda, uma ficha para registo de dados sócio-demográficos, a fim de ser recolhida informação acerca da idade das grávidas, do seu estado civil, das suas habilitações literárias, da sua profissão, da área da sua residência, das semanas de gravidez, do número de gravidezes, do seu agregado familiar (com quem vivem) e de quem cuidará do bebé após o término da licença de maternidade (Anexo 3).

5.6. Metodologia

A presente investigação resultou de um estudo transversal cuja recolha de dados foi efectuada através da administração de algumas escalas. Foi escolhido este método de recolha de dados uma vez que os questionários aplicados a uma amostra "...permitem uma inferência

estatística através da qual se verificam as hipóteses elaboradas no decurso da primeira fase,...” (Ghiglione & Matalon, 1993, p. 115).

A informação recolhida foi tratada estatisticamente através do Programa “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS), versão 9.0, recorrendo a uma análise descritiva, diferencial e correlacional das variáveis.

Trata-se de um estudo essencialmente de carácter não experimental que, segundo Almeida e Freire (1997), permite o estudo das relações entre as variáveis.

5.7. Procedimentos de recolha de dados

Os instrumentos foram administrados individualmente, antes das Consultas Pré-Natais de Obstetrícia, em três instituições de saúde, sendo elas o Hospital Distrital da Figueira da Foz, o Centro de Saúde da Figueira da Foz/Buarcos e a Maternidade Bissaya-Barreto (Coimbra). Foi pedida autorização por escrito às respectivas instituições, sendo recebidas igualmente as autorizações por escrito, as quais estão em anexo (Anexo 4).

Foram enfatizados alguns aspectos relevantes junto de cada grávida, antes da administração dos instrumentos. Entre estes, destacam-se o objectivo da investigação, o facto da informação recolhida ser anónima e confidencial, a não existência de respostas certas ou erradas e a importância de não omitir respostas.

Como a administração dos instrumentos foi efectuada nos corredores ou salas de espera das respectivas instituições, foram encontrados alguns problemas incontornáveis, tais como manter a privacidade das grávidas enquanto preenchiam os questionários, a ausência de silêncio e a possibilidade de a qualquer momento poderem ser interrompidas por familiares que as acompanhavam ou por qualquer outra pessoa ou chamadas para a Consulta. Não foi possível ultrapassar estas limitações uma vez que as instituições de saúde não dispunham de outro espaço disponível para efectuar a administração dos instrumentos.

Os questionários foram administrados pela seguinte ordem, após o preenchimento do registo de dados sócio-demográficos: em primeiro lugar o Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI) forma X1, em segundo lugar, o STAI forma X2 e por último o “Pregnancy Research Questionnaire” (P. R. Q.). A duração média da administração dos instrumentos foi de 20 minutos.

5.8. Caracterização da amostra

Para este estudo, foi constituída uma amostra de 60 grávidas, das quais 30 são primíparas e as restantes 30 são multíparas.

As idades das grávidas variaram entre os 25 e os 32 anos, sendo a média de idades de 28.2 anos, como se pode verificar na seguinte tabela.

Tabela 2

Caracterização da idade das grávidas da amostra

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>Desv. Padrão</i>
Idade	60	25	32	28.2	2.32

Quanto à caracterização do seu estado civil (cf. tabela 3), as mulheres da amostra foram distribuídas por várias categorias: solteira, casada, vivendo em união de facto e divorciada.

Tabela 3

Caracterização do estado civil das grávidas estudadas

	Frequência	Percentagem
Solteira	5	8.3
Casada	48	80.0
União de Facto	5	8.3
Divorciada	2	3.3
Total	60	100.0

As habilitações literárias foram classificadas da seguinte forma: 1) primeiro ciclo do ensino básico, 2) segundo ciclo do ensino básico, 3) terceiro ciclo do ensino básico, 4) secundário e 5) curso superior. A sua distribuição pelas categorias é a seguinte:

Tabela 4

Caracterização das habilitações literárias das grávidas da nossa amostra

	Frequência	Percentagem
Primeiro ciclo do ensino básico	5	8.3
Segundo ciclo do ensino básico	13	21.7
Terceiro ciclo do ensino básico	11	18.3
Secundário	20	33.3
Curso superior	11	18.3
Total	60	100.0

Quanto à sua situação profissional, das 60 inquiridas, 39 encontram-se empregadas e as restantes 21 estão desempregadas.

Relativamente à área de residência, 27 das inquiridas residem numa área urbana, 5 numa área sub-urbana e 28 numa área rural.

As semanas de gravidez das grávidas variaram entre as 27 e as 33, sendo a média de 31.10 semanas.

As grávidas foram inquiridas, também, acerca do seu agregado familiar e situação habitacional, ou seja, com quem vivem. As categorias são as seguintes: em casa própria com o marido/companheiro, com os pais, com o marido/companheiro em casa dos pais/sogros e outra situação. A distribuição por estas categorias é a seguinte:

Tabela 5

Agregado familiar das grávidas inquiridas

	Frequência	Porcentagem
Em casa própria com o marido/companheiro	44	73.3
Com os pais	2	3.3
Com o marido/companheiro na casa dos pais/sogros	11	18.3
Outra situação	3	5.0
Total	60	100.0

As grávidas foram também questionadas sobre quem cuidará do bebê quando terminar a sua licença de maternidade. As opções de resposta eram: a própria, a avó materna, a avó paterna, o bebê ficará num infantário, ficará com uma ama ou outra situação (cf. Tabela 6).

Tabela 6

Resposta à questão sobre quem cuidará do bebé quando terminar a licença de maternidade

	Frequência	Percentagem
A própria	24	40.0
A avó materna	16	26.7
A avó paterna	4	6.7
Ficará num infantário	9	15.0
Uma ama	5	8.3
Outra situação	2	3.3
Total	60	100.0

Pela análise da Tabela 6, podemos verificar que 40% das grávidas inquiridas cuidarão do bebé após o término da licença de maternidade.

Das 60 inquiridas, 31 responderam aos questionários nas Instituições de Saúde da Figueira da Foz e 29 na Maternidade Bissaya-Barreto em Coimbra.

CAPÍTULO VI – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1. Apresentação dos resultados

6.1.1. Análise da consistência interna

De acordo com Meuris (1968, *cit. in* Almeida & Freire, 1997), a consistência interna pode ser entendida como o grau de uniformidade e de coerência que existe entre as respostas dos sujeitos da amostra a cada um dos itens que compõem o questionário. Assim sendo, as respostas variam não porque o questionário/inquérito é confuso e pode levar a diferentes interpretações, mas sim porque os inquiridos têm opiniões diversas (Pestana & Gageiro, 2003).

Para a análise de consistência interna dos itens que compõem os questionários utilizados, seleccionámos o *Alpha* de Cronbach. Variando os seus valores entre 0 e 1, a consistência interna é considerada: muito boa, quando o *Alpha* é superior a .9; boa, quando o *Alpha* se encontra entre .8 e .9; razoável, quando o *Alpha* se encontra entre .7 e .8; fraca, quando o *Alpha* se encontra entre .6 e .7; inadmissível, quando o *Alpha* é inferior a .6 (Pestana & Gageiro, 2003).

Na análise dos itens que compõem o STAI, forma X1, foi encontrado um *Alpha* de .8910, o que equivale a uma consistência interna boa. Quando eliminados os itens 7, 9, 13 e 18, o *Alpha* aumenta (cf. Tabela 7).

Nesta escala, os valores das correlações de Pearson item-total corrigido variam entre .155 (item 18) e .748 (item 5), sendo estatisticamente significativos para 19 itens ($p < .01$ para 17 itens; $p < .05$ para 2 itens). Apenas com o item 18 não existe uma correlação significativa, nem com o valor total da escala, nem com o total da escala sem o seu valor (cf. Tabela 7).

Tabela 7

Alpha de Cronbach excluindo o item, correlação item-total e item-total corrigido (itens 1 a 20) do STAI forma XI, para o grupo total (n = 60)

<i>Itens</i>	<i>Alpha sem item</i>	<i>r item-total</i>	<i>r item-total sem item</i>
1	.8830	.650**	.600**
2	.8796	.744**	.700**
3	.8846	.593**	.531**
4	.8899	.397**	.344**
5	.8779	.790**	.748**
6	.8863	.587**	.521**
7	.8913	.414**	.330**
8	.8799	.730**	.682**
9	.8943	.374**	.280*
10	.8853	.588**	.518**
11	.8823	.674**	.615**
12	.8825	.687**	.635**
13	.8938	.350**	.269*
14	.8874	.502**	.454**
15	.8805	.743**	.704**
16	.8863	.583**	.548**
17	.8839	.650**	.593**
18	.8961	.239	.155
19	.8884	.477**	.414**
20	.8827	.676**	.630**

*Nota: *p < .05*

***p < .01*

Para o STAI forma X2, o *Alpha* encontrado foi .8822, correspondendo também a uma consistência interna boa. O *Alpha* é superior quando eliminados os itens 24, 27 e 31, o que pode indicar que estes prejudicam, com a sua presença, a consistência interna desta escala.

Para esta escala, verifica-se uma correlação significativa de todos os itens com o total da escala. Contudo, para os valores da correlação item-total corrigido, só há significância estatística para os itens 26 ($r = .266, p < .05$) e 38 ($r = .306, p < .05$) (cf. Tabela 8). Todas as outras correlações se revelaram não significativas. Assim, quando eliminados, estes itens não levam a alterações da validade da escala.

Tabela 8

Alpha de Cronbach excluindo o item, correlação item-total e item-total corrigido (itens 21 a 40) do STAI forma X2, para o grupo total (n = 60)

<i>Itens</i>	<i>Alpha sem item</i>	<i>r item-total</i>	<i>r item-total sem item</i>
21	.8800	.457**	.015
22	.8806	.416**	-.171
23	.8734	.652**	-.037
24	.8838	.389**	-.092
25	.8792	.465**	.203
26	.8738	.645**	.266*
27	.8864	.409**	-.005
28	.8772	.546**	.084
29	.8745	.620**	.080
30	.8776	.526**	.227
31	.8878	.314*	.052
32	.8710	.744**	.188
33	.8743	.627**	.184
34	.8783	.530**	.150
35	.8695	.747**	.156
36	.8775	.530**	.101
37	.8713	.738**	.247
38	.8682	.782**	.306*
39	.8749	.610**	.140
40	.8746	.629**	-.025

*Nota: *p < .05*

***p < .01*

Dadas as características peculiares do P. R. Q. em termos de cotação dos seus itens, uma vez que combina itens típicos de uma escala tipo *Likert*, com itens de resposta múltipla e ainda itens dicotómicos (sim/não), não se procedeu ao estudo do *Alpha*. Não foram utilizadas correlações item-total e item-total sem item uma vez que, neste questionário, as respostas são cotadas em escalas separadas, não sendo utilizada a cotação total da escala; existem, por isso, escalas compostas por um número reduzido de itens.

Procedeu-se a uma correlação entre as escalas que compõem o questionário, a fim de analisar a sua consistência interna.

Tabela 9

Correlação entre as escalas do P. R. Q., para o grupo total de grávidas (n = 60)

Medos em relação ao "self"(1)						
Desejo de gravidez (2)	.443**					
Dependência (3)	.290*	-.073				
Medos em relação ao bebé (4)	.383**	.198	.333**			
Sentimentos maternos (5)	.171	.242	-.029	.143		
Irritabilidade (6)	.454**	.538**	.136	.463**	.240	
	1	2	3	4	5	6

Nota: * $p < .05$

** $p < .01$

Pela análise da Tabela 9, podemos verificar que a escala "medos em relação ao 'self'" apresenta uma correlação estatisticamente significativa com as escalas "desejo de gravidez",

“dependência”, “medos em relação ao bebê” e “irritabilidade”. A escala “desejo de gravidez” tem uma correlação significativa com a escala “irritabilidade”. Também as escalas de “dependência” e “medos em relação ao bebê” apresentam uma correlação estatisticamente significativa entre si. Esta última tem também uma correlação significativa com a escala “irritabilidade”. Estas correlações são indicadores acrescidos de validade de construto deste questionário.

6.1.2. Comparação entre primíparas e multíparas

6.1.2.1. Estudo da hipótese 1: “Existem diferenças relativamente aos níveis de ansiedade-traço entre primíparas e multíparas”

Tabela 10

Médias, desvios-padrão e t de Student para comparação das médias de ansiedade-traço entre primíparas e multíparas

		<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>D. P.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Ansiedade- traço	Primíparas	30	36.73	7.98	-.961	.341
	Multíparas	30	38.80	8.66		

Nota: D. P. = Desvio- Padrão

Analisando os resultados apresentados na Tabela 10, podemos constatar que as multíparas apresentam um valor médio de ansiedade-traço (38.80) superior ao apresentado pelas primíparas (36.73). Contudo, sendo $t(58) = -.961$ ($p = .341$), este resultado não é estatisticamente significativo, não havendo por isso diferenças significativas entre as primíparas e as multíparas relativamente à ansiedade-traço. A hipótese 1 não foi, portanto, confirmada.

6.1.2.2. Estudo da hipótese 2: “Existem diferenças relativamente aos níveis de ansiedade-estado entre primíparas e múltíparas”

Tabela 11

Médias, desvios-padrão e teste t de Student para comparação das médias de ansiedade-estado entre primíparas e múltíparas

		<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>D. P.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Ansiedade-estado	Primíparas	30	40.33	10.49	.529	.599
	Múltíparas	30	39.03	8.43		

Nota: D.P. = Desvio-Padrão.

De acordo com a Tabela 11, podemos verificar que a média da ansiedade-estado apresentada pelas primíparas (40.33) é ligeiramente superior à apresentada pelas múltíparas (39.03). Por outro lado, as primíparas apresentam um desvio-padrão superior às múltíparas, ou seja, os valores de ansiedade-estado das primíparas estão mais dispersos que os das múltíparas. Apesar disso, o valor do teste *t* de Student não se revelou estatisticamente significativo [$t(58) = .529, p = .599$], podendo-se, por isso, dizer que não há diferenças significativas entre o grupo das primíparas e o das múltíparas em relação à ansiedade-estado, o que não permite confirmar a hipótese apresentada.

6.1.2.3. Estudo da hipótese 3: “Existem diferenças entre primíparas e multíparas, relativamente aos seus medos em relação ao ‘self’”

Tabela 12

Resultados obtidos pelo teste *t* de Student, para comparação dos “medos em relação ao ‘self’” entre primíparas e multíparas

		<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>D. P.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Medos em relação ao “self”	Primíparas	30	6.40	1.45	- 1.385	.171
	Multíparas	30	6.93	1.53		

Analisando a Tabela 12, verificou-se que as multíparas apresentam um valor ligeiramente superior no que respeita ao valor médio da variável “medos em relação a si própria”, comparativamente às primíparas.

Verificou-se também que o valor de *t* não foi significativo [$t(58) = - 1.385, p > .05$]. Assim sendo, pode-se dizer que não existem diferenças significativas entre as primíparas e as multíparas, no que respeita aos medos em relação a si própria; isto é, a hipótese formulada não foi confirmada.

6.1.2.4. Estudo da hipótese 4: “Existem diferenças entre primíparas e multíparas, relativamente ao seu desejo de gravidez”

Tabela 13

Médias, desvios-padrão e teste t para comparação do “desejo de gravidez” entre primíparas e múltíparas

		<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>D. P.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Desejo de gravidez	Primíparas	30	9.73	4.03	-.496	.622
	Múltíparas	30	10.20	3.22		

Sabendo que o intervalo de variação da variável “desejo de gravidez” se situa entre o valor mínimo de 7 e o máximo de 34, correspondendo este último a um menor desejo de gravidez, podemos verificar que ambos os grupos apresentam um média baixa da variável “desejo de gravidez”, ou seja, é revelado um elevado desejo de gravidez quer pelas primíparas (*Média* = 9.73) quer pelas múltíparas (*Média* = 10.20) (cf. Tabela 13).

Contudo, assumindo o *p* um valor .622, a prova [$t(58) = -.496$] revela-se não significativa, podendo-se dizer então que não há diferenças significativas entre o grupo das primíparas e o das múltíparas, em relação ao desejo de gravidez, não se confirmando a hipótese formulada.

6.1.2.5. Estudo da hipótese 5: “Existem diferenças entre primíparas e multíparas, relativamente aos seus níveis de dependência em relação a terceiros”

Tabela 14

Resultados obtidos pelo teste t de Student para comparação das médias dos níveis de dependência em relação a terceiros entre primíparas e multíparas

		<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>D. P.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Dependência em relação a terceiros	Primíparas	30	9.60	1.54	.077	.939
	Multíparas	30	9.57	1.79		

Sabendo que os valores da variável “dependência” variam entre um mínimo de 3 e um máximo de 12, correspondendo o 12 a um grau maior de dependência, podemos verificar que ambos os grupos apresentam um valor médio bastante elevado de dependência em relação a terceiros. Contudo, a diferença entre o grau de dependência das primíparas e o das multíparas é mínima, apresentando as primeiras um valor de 9.60 e as segundas um valor de 9.57 (ver Tabela 14).

Por este motivo, o valor de *t* foi não significativo do ponto de vista estatístico [$t(58) = .077, p > .05$], revelando que, nas nossas amostras, o número de gravidezes não parece ter influência sobre os níveis de dependência em relação a terceiros. Assim, a hipótese formulada não foi confirmada.

6.1.2.6. Estudo da hipótese 6: “Existem diferenças entre primíparas e multíparas, relativamente aos seus medos em relação ao bebé”

Tabela 15

Médias, desvios-padrão e t de Student para a comparação das médias dos “medos em relação ao bebé” entre primíparas e multíparas

		<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>D. P.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Medos em relação ao bebé	Primíparas	30	21.60	3.42	.044	.965
	Multíparas	30	21.57	2.40		

Também nesta hipótese, os medos em relação ao bebé apresentados pelas grávidas de ambos os grupos apresentam uma média bastante elevada, relativamente aos valores do intervalo de variação destes (mínimo de 7 e máximo de 28).

Contudo, e ao contrário do que seria de prever, as primíparas apresentam um valor médio da variável “medos em relação ao bebé” muito próximo do das multíparas.

Mais uma vez, a hipótese formulada não se confirmou: $t(58) = .044$, $p > .05$; isto é, não existem diferenças significativas entre as primíparas e as multíparas, quanto aos medos que têm em relação ao bebé, nas amostras por nós estudadas.

6.1.2.7. Estudo da hipótese 7: “Existem diferenças entre primíparas e multíparas, relativamente aos seus sentimentos maternos”

Tabela 16

Médias, desvios-padrão e teste t para comparação das médias da variável “sentimentos maternos” entre primíparas e multíparas

		<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>D. P.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Sentimentos maternos	Primíparas	30	11.23	2.13	.144	.866
	Multíparas	30	11.17	1.39		

Quanto à variável “sentimentos maternos”, avaliada pelo P. R. Q., os seus valores variam entre um mínimo de 5 e um máximo de 25, correspondendo este último valor aos sentimento maternos mais baixos. De acordo com estes valores, podemos verificar que as multíparas apresentam um valor médio de sentimentos maternos ligeiramente mais baixo que as primíparas, ou seja, as primeiras apresentam um valor de 11.17 e as segundas um valor de 11.23. Contudo, e sendo esta diferença mínima, pode-se considerar que ambos os grupos de grávidas apresentam elevados sentimentos maternos, pois são superiores ao valor médio do intervalo de variação desta variável.

Assumindo o *p* um valor de .886, a prova [$t(58) = .144$] revela-se não significativa, ou seja, as primíparas e as multíparas não se diferenciam entre si, no que respeita aos seus sentimentos maternos, não se confirmando, portanto, a hipótese formulada.

6.1.2.8. Estudo da hipótese 8: “Existem diferenças entre primíparas e multíparas, relativamente aos seus níveis de irritabilidade”

Tabela 17

Resultados obtidos pelo teste t de Student para comparação dos níveis de “irritabilidade” entre primíparas e multíparas

		<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>D. P.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Irritabilidade	Primíparas	30	27.37	4.71	.582	.563
	Multíparas	30	26.70	4.15		

Apesar do grupo das primíparas apresentar um valor médio de irritabilidade um pouco superior ao das multíparas (27.37 nas primeiras e 26.70 nas segundas), ambos os grupos apresentam um valor de irritabilidade relativamente baixo, em relação ao intervalo de variação deste (mínimo de 20 e máximo de 44).

O valor do teste *t* de Student não se revelou estatisticamente significativo [$t(58) = .582, p > .05$], podendo-se dizer então que não há diferenças significativas entre o grupo das primíparas e o das multíparas em relação à irritabilidade, infirmando, como tal, a hipótese apresentada.

6.1.3. Comparação dos níveis de ansiedade-estado das grávidas, em função do estado civil, da escolaridade e do agregado familiar

6.1.3.1. Estudo da hipótese 9: “Existem diferenças nos níveis de ansiedade-estado das primíparas e das multíparas, em função do seu estado civil”

Tabela 18

Resultados obtidos pela análise de variância para o estado civil

							Anova						
							<i>F</i>	<i>p</i>					
							<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>D. P.</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>		
Ansiedade-estado													
Estado civil													
Primíparas	Solteira	5	41.40	15.31	29	68							
	Casada	21	40.33	10.54	29	64							
	União de facto	4	39.00	2.58	36	42							
Total		30	40.33	10.49	29	68	.054	.947					
Multíparas	Casada	27	39.59	8.45	25	57							
	União de facto	1	30.00	—	30	30							
	Divorciada	2	36.00	9.90	29	43							
Total		30	39.03	8.43	25	57	.750	.482					
Grupo total	Solteira	5	41.40	15.31	29	68							
	Casada	48	39.92	9.32	25	64							
	União de facto	5	37.20	4.60	30	42							
	Divorciada	2	36.00	9.90	29	43							
Total		60	39.68	9.46	25	68	.270	.847					

Nota. D.P. = desvio-padrão; Min. = mínimo; Máx. = máximo; Anova = análise de variância.

Pela análise dos resultados da Tabela 18, no grupo das primíparas verifica-se que $F(2, 27) = .054$ ($p = .947$), logo não existem diferenças significativas, no que respeita aos valores de ansiedade-estado, entre as grávidas primíparas, quando distribuídas pelo respectivo estado civil. O mesmo se verifica com o grupo das grávidas múltiplas, sendo $F(2, 27) = .750$ ($p = .482$). Quando é estudado o grupo total de grávidas, continua a não haver diferenças significativas: $F(3, 56) = .270$, $p = .847$. Assim sendo, não existem diferenças estatisticamente significativas nos valores de ansiedade-estado das grávidas, quando se considera o seu estado civil, não se confirmando a hipótese formulada.

6.1.3.2. Estudo da hipótese 10: “Existem diferenças nos níveis de ansiedade-estado das primíparas e das múltiplas, em função da sua escolaridade”

Tabela 19

Resultados obtidos pela análise de variância para os níveis de escolaridade

							Anova						
							<i>F</i>	<i>p</i>					
							<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>D. P.</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>		
Ansiedade-estado													
Escolaridade													
Primíparas	1º ciclo do E. B.	1	36.00	—	36	36							
	2º ciclo do E. B.	6	43.33	6.02	35	53							
	3º ciclo do E. B.	6	42.67	9.89	31	60							
	Secundário	11	41.82	13.91	31	68							
	Curso superior	6	33.00	5.18	29	41							
Total		30	40.33	10.49	29	68	1.032	.410					
Mulíparas	1º ciclo do E. B.	4	43.75	11.76	30	57							
	2º ciclo do E. B.	7	37.14	8.05	25	48							
	3º ciclo do E. B.	5	39.20	9.93	25	50							
	Secundário	9	40.44	6.65	32	51							
	Curso superior	5	35.20	8.70	27	45							
Total		30	39.03	8.43	25	57	.692	.604					
Grupo total	1º ciclo do E. B.	5	42.20	10.76	30	57							
	2º ciclo do E. B.	13	40.00	7.60	25	53							
	3º ciclo do E. B.	11	41.09	9.58	25	60							
	Secundário	20	41.20	11.00	31	68							
	Curso superior	11	34.00	6.71	27	45							
Total		60	39.68	9.46	25	68	1.301	.281					

Nota: E. B. = Ensino básico

Ao analisar a Tabela 19, podemos verificar que não existem diferenças significativas nos valores de ansiedade-estado, nos diferentes grupos de grávidas constituídos em função da sua escolaridade, quer para o grupo das primíparas [$F(4, 25) = 1.032$ ($p = .410$)], o grupo das múltiparas [$F(4, 25) = .692$ ($p = .604$)] e o grupo total de grávidas [$F(4, 55) = 1.301$ ($p = .281$)].

Podemos verificar, contudo, que nos grupos estudados (primíparas, múltiparas e grupo total), as grávidas que possuem um curso superior são as que apresentam uma média de ansiedade-estado mais baixa.

Analisando o grupo total de grávidas, verificamos que as mulheres grávidas com o primeiro ciclo do ensino básico são as que apresentam um valor médio de ansiedade-estado mais elevado (*Média* = 42.20).

A hipótese não foi, porém, confirmada.

6.1.3.3. Estudo da hipótese 11: “Existem diferenças nos níveis de ansiedade-estado das primíparas e das múltiparas, em função do seu agregado familiar”

Tabela 20

Resultados obtidos pela análise de variância para a composição do agregado familiar (com quem vive)

						Anova						
						F	p					
						N	Média	D. P.	Mín.	Máx.		
Ansiedade-estado												
Composição do agregado familiar												
(Com quem vive)												
Primíparas	Em casa própria											
	com o marido/comp.	19	40.16	10.76	29	64						
	Com os pais	1	39.00	—	39	39						
	Com o marido/comp.											
	em casa dos pais/sogros	9	41.89	11.16	29	68						
	Outra situação	1	31.00	—	31	31						
Total		30	40.33	10.49	29	68	.313	.816				
Multíparas	Em casa própria											
	com o marido/comp.	25	39.32	8.32	25	57						
	Com os pais	1	29.00	—	29	29						
	Com o marido/comp.											
	em casa dos pais/sogros	2	35.00	14.14	25	45						
	Outra situação	2	44.50	2.12	43	46						
Total		30	39.03	8.43	25	57	.906	.452				
Grupo total	Em casa própria											
	com o marido/comp.	44	39.68	9.34	25	64						
	Com os pais	2	34.00	7.07	29	39						
	Com o marido/comp.											
	em casa dos pais/sogros	11	40.64	11.29	25	68						
	Outra situação	3	40.00	7.94	31	46						
Total		60	39.68	9.46	25	68	.269	.848				

Pela Tabela 20, podemos verificar que não há diferenças estatisticamente significativas entre as médias de ansiedade-estado das grávidas pertencentes aos diferentes agregados familiares definidos, em função dos grupos estudados: grupo das grávidas primíparas [$F(3, 26) = .313 (p > .05)$], grupo das grávidas múltíparas [$F(3, 26) = .906 (p > .05)$] e grupo total [$F(3, 56) = .269 (p > .05)$].

Analisando o grupo total de grávidas, podemos verificar que as grávidas que vivem com o marido/companheiro em casa dos pais/sogros, apresentam uma média de ansiedade-estado ligeiramente superior à dos outros agregados familiares. Este grupo de mulheres é também o que apresenta o valor máximo mais alto de ansiedade estado (68). Contudo, não se confirmou a hipótese formulada.

6.1.4. Estudo da influência da ansiedade-traço na ansiedade-estado das grávidas (no grupo das primíparas, no grupo das múltíparas e no grupo total)

6.1.4.1. Estudo da hipótese 12: “Os níveis de ansiedade-estado das primíparas são influenciados pelos níveis de ansiedade-traço das mesmas”

Tabela 21

Médias, desvios-padrão e correlação entre as variáveis “ansiedade-estado” e “ansiedade-traço”, no grupo das primíparas (n = 30)

	<i>Média</i>	<i>Desv. Padrão</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Ansiedade-estado	40.33	10.49		
Ansiedade-traço	36.73	7.98	.059	.758

Analisando a Tabela 21, podemos verificar que as primíparas apresentam uma média de ansiedade-estado (40.33) superior à de ansiedade-traço (36.73). Contudo, a correlação entre a variável “ansiedade-estado” e a variável “ansiedade-traço” não é estatisticamente significativa [$r(30) = .059, p > .05$], não se confirmando, portanto, a hipótese formulada, ou seja, no grupo das primíparas, a ansiedade-estado não é influenciada pela ansiedade-traço das mesmas.

6.1.4.2. Estudo da hipótese 13: “Os níveis de ansiedade-estado das múltiparas são influenciados pelos níveis de ansiedade-traço das mesmas”

Havendo uma correlação significativa entre as duas variáveis em estudo [$r(30) = .646, p < .01$], efectuou-se uma regressão linear simples para avaliar o valor preditor da variável “ansiedade-traço” em relação à variável “ansiedade-estado”.

Tabela 22

Resultados obtidos pela análise de regressão linear simples (pelo método Enter) para a variável critério “ansiedade-estado”, no grupo das múltiparas ($n = 30$)

		Anova										
		Média	D. P.	R	R ²	R ² (Aj.)	F	p (F)	B	β	t	p
Ansiedade-estado	(Variável critério)	39.03	8.43									
Ansiedade-traço	(Variável preditora)	38.80	8.66	.646	.418	.397	20.099	.000	.629	.646	4.483	.000

Nota: R = coeficiente de correlação linear; R² = coeficiente de determinação; R² (Aj.) = coeficiente de determinação linear ajustado; Anova = análise de variância unifactorial; B = coeficiente de regressão; β = Coeficiente de regressão padronizado.

Analisando os resultados apresentados na Tabela 22, podemos constatar que os valores médios de ansiedade-estado e de ansiedade-traço das múltiparas estão muito próximos (39.03 para a ansiedade-estado e 38.80 para a ansiedade-traço).

Constatou-se que a relação média entre a variável “ansiedade-traço” e a variável “ansiedade-estado” é de 64.6%. Para além disso, verificámos também que a ansiedade-traço explica 41.8% da ansiedade-estado. Variando o R^2 entre 0 e 1, correspondendo o 0 a uma relação nula e o 1 a uma relação forte, o valor encontrado (.418) indica a existência de uma relação média entre as variáveis.

Analisando também o coeficiente de determinação linear ajustado [$R^2 (Aj.)$], podemos verificar que a variável “ansiedade-traço” permite predizer uma porção apreciável da variância total da variável critério “ansiedade-estado”, de forma estatisticamente significativa: $R^2 (Aj.) = .397$. A análise dos coeficientes de regressão padronizados (β) permite concluir que a variável preditora contribui para a variância da variável critério estudada com .646 ($p < .01$). Os resultados da Anova [$F(1, 28) = 20.099, p < .01$] comprovam a existência de uma relação significativa entre as variáveis, o que revela que a ansiedade-traço tem influência sobre a ansiedade-estado das mulheres múltiparas observadas.

6.1.4.3. Estudo da hipótese 14: “Os níveis de ansiedade-estado das grávidas são influenciados pelos níveis de ansiedade-traço das mesmas”

Como a correlação efectuada se mostrou significativa [$r(60) = .317, p < .05$], procedemos à regressão linear simples.

Tabela 23

Resultados obtidos pela análise da regressão linear simples (pelo método Enter) para a variável critério “ansiedade-estado”, no grupo total de grávidas ($n = 60$)

	Média	D. P.	R	R ²	R ² (Aj.)	Anova		B	β	t	p
						F	p(F)				
Ansiedade-estado (Variável critério)	39.68	9.46									
Ansiedade-traço (Variável preditora)	37.77	8.32	.317	.100	.085	6.471	.014	.360	.317	2.544	.014

Pela análise da Tabela 23, pode-se verificar que os valores médios da ansiedade-estado apresentados pelas grávidas (39.68) são superiores aos da ansiedade-traço das mesmas (37.77). Analisando os dados, verifica-se que a relação média entre as variáveis é de 31.7%, podendo-se também dizer que a ansiedade-traço explica 10% da variância total da ansiedade-estado [$R^2 = .100$]. O coeficiente de regressão padronizado (β) permite concluir também que a variável “ansiedade-traço” contribui para a variância da variável “ansiedade-estado” com .317 ($p < .05$).

Pela análise de variância unifactorial (Anova) [$F(1, 58) = 6.471, p < .05$], pode-se confirmar a hipótese formulada, embora, dados os valores anteriores, não se possam excluir outras variáveis que também poderão estar a influenciar a variável critério em causa.

6.1.5. Estudo da influência das variáveis preditoras “medos em relação ao ‘self’”, “desejo de gravidez”, “dependência”, “medos em relação ao bebê”, “sentimentos maternos” e “irritabilidade” (avaliadas pelo P. R. Q.), sobre a variável critério “ansiedade-estado” (para o grupo das primíparas, para o das múltiparas e para o grupo total)

6.1.5.1. Estudo da hipótese 15: “As variáveis ‘medos em relação ao ‘self’’, ‘desejo de gravidez’, ‘dependência’, ‘medos em relação ao bebê’, ‘sentimentos maternos’ e ‘irritabilidade’ exercem uma influência significativa sobre a variável ‘ansiedade-estado’ no grupo das primíparas estudadas”

Da equação de regressão linear múltipla foram excluídas as variáveis “medos em relação ao ‘self’”, “desejo de gravidez”, “dependência”, “medos em relação ao bebê” e “sentimentos maternos”, uma vez que todas elas apresentaram $p > .05$, não tendo, por isso, uma relação estatisticamente significativa com a variável critério “ansiedade-estado” (cf. Tabela 24).

Tabela 24

Variáveis excluídas da equação de regressão linear múltipla para a variável critério "ansiedade-estado", no grupo das primíparas (n = 30)

	<i>t</i>	<i>p</i>
Medos em relação ao "self"	1.818	.080
Desejo de gravidez	.508	.616
Dependência	1.136	.266
Medos em relação ao bebé	.242	.811
Sentimentos maternos	1.891	.069

Tabela 25

Resultados obtidos pela regressão linear múltipla (pelo método Stepwise) para a variável critério "ansiedade-estado", no grupo das primíparas (n = 30)

	<i>Média</i>	<i>D. P.</i>	<i>R</i>	<i>R²</i>	<i>R² (Aj.)</i>	Anova		<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
						<i>F</i>	<i>p (F)</i>				
Ansiedade-estado (Variável critério)	40.33	10.49									
Irritabilidade (Variável preditora)	27.37	4.71	.646	.417	.397	20.058	.000	1.439	.646	4.479	.000

Analisando a Tabela 25, podemos verificar que a variável preditora “irritabilidade” permite prever uma porção apreciável da variância total do critério (ansiedade-estado), de forma estatisticamente significativa: $R^2 (Aj.) = .397$; verifica-se também que a relação média entre as variáveis é .646 (64.6%).

Pela análise do coeficiente de regressão padronizado (β), podemos concluir que a variável “irritabilidade” contribui para a porção de variância predita da variável “ansiedade-estado” com .646 (64.6 %, $p < .001$). Os resultados da análise de variância [$F (1, 28) = 20.058, p < .001$] comprovam a existência de uma relação significativa entre as variáveis, o que vem revelar que a irritabilidade tem uma influência significativa sobre a ansiedade-estado das grávidas primíparas estudadas.

Assim sendo, a hipótese formulada foi apenas parcialmente confirmada, uma vez que das variáveis preditoras avançadas, apenas foi possível comprovar que a irritabilidade tem uma influência significativa sobre a ansiedade-estado das primíparas estudadas.

6.1.5.2. Estudo da hipótese 16: “As variáveis ‘medos em relação ao ‘self’, ‘desejo de gravidez’, ‘dependência’, ‘medos em relação ao bebê’, ‘sentimentos maternos’ e ‘irritabilidade’ exercem uma influência significativa sobre a variável ‘ansiedade-estado’ no grupo das múltiparas estudadas”

Também nesta regressão linear múltipla foram excluídas as variáveis “medos em relação ao ‘self’”, “desejo de gravidez”, “dependência”, “medos em relação ao bebê” e “sentimentos maternos”, por apresentarem $p > .05$, não tendo, por isso, uma relação estatisticamente significativa com a variável critério “ansiedade-estado” (cf. Tabela 26).

Tabela 26

Variáveis excluídas da regressão linear múltipla para a variável critério “ansiedade-estado”, no grupo das múltiparas

	<i>t</i>	<i>p</i>
Medos em relação ao “self”	.310	.759
Desejo de gravidez	.022	.983
Dependência	1.426	.165
Medos em relação ao bebé	1.849	.075
Sentimentos maternos	1.068	.295

Tabela 27

Resultados obtidos pela regressão linear múltipla (pelo método Stepwise) para a variável critério “ansiedade-estado”, no grupo das múltiparas (n = 30)

	Média	D. P.	R	R ²	R ² (Aj.)	Anova		B	β	<i>t</i>	<i>p</i>
						F	<i>p</i> (F)				
Ansiedade-estado (Variável critério)	39.03	8.43									
Irritabilidade (Variável preditora)	26.70	4.15	.501	.251	.224	9.363	.005	1.018	.501	3.060	.005

Pela análise da tabela 27, podemos verificar que a relação média entre as variáveis é de .501, e que a variável “irritabilidade” explica 22.4 % da variância total da variável “ansiedade-estado”, de forma estatisticamente significativa [$R^2 (Aj.) = .224$]. O coeficiente de regressão padronizado (β) permite concluir, também, que a variável preditora “irritabilidade” contribui para a variância da variável “ansiedade-estado” com 50.1 % ($p < .01$). O resultado da Anova [$F(1, 28) = 9.363, p < .01$] comprova a existência de uma relação significativa entre as variáveis.

Mais uma vez, a hipótese avançada foi apenas parcialmente confirmada, uma vez que, das variáveis estudadas, a única que exerce uma influência significativa sobre a ansiedade-estado das multíparas estudadas é a irritabilidade.

6.1.5.3. Estudo da hipótese 17: “As variáveis ‘medos em relação ao ‘self’’, ‘desejo de gravidez’, ‘dependência’, ‘medos em relação ao bebê’, ‘sentimentos maternos’ e ‘irritabilidade’ exercem uma influência significativa sobre a variável ‘ansiedade-estado’ no grupo das grávidas estudadas”

Mais uma vez foram excluídas algumas variáveis da equação de regressão linear múltipla: “medos em relação ao ‘self’”, “desejo de gravidez”, “dependência” e “medos em relação ao bebê”. Todas elas apresentam $p > .05$, não tendo por isso uma relação estatisticamente significativa com a variável critério “ansiedade-estado” (cf. Tabela 28).

Tabela 28

Variáveis excluídas da regressão linear múltipla para a variável critério “ansiedade-estado”, nas grávidas estudadas

	<i>t</i>	<i>p</i>
Medos em relação ao “self”	1.185	.241
Desejo de gravidez	-.003	.997
Dependência	1.997	.051
Medos em relação ao bebé	1.310	.195

Tabela 29

Resultados obtidos pela regressão linear múltipla (pelo método Stepwise) para a variável critério “ansiedade-estado”, no grupo das grávidas estudadas (n = 60)

	Média	D. P.	R	R ²	R ² (Aj.)	Anova		B	β	<i>t</i>	<i>p</i>
						F	<i>p</i> (F)				
Ansiedade-estado (Variável critério)	39.03	8.43									
Irritabilidade e sentim. maternos (Variáveis preditoras)	27.03	4.41				19.346	.000	1.331	.251	2.383	.021

Analisando os resultados apresentados na Tabela 29, constata-se que a relação média entre as variáveis preditoras “irritabilidade” e “sentimentos maternos” e a variável critério “ansiedade-estado” é de 63.6 %. Analisando o coeficiente de determinação linear ajustado [$R^2 (Aj.)$], podemos verificar que as variáveis “irritabilidade” e “desejo de gravidez” permitem prever 38.3 % da variável “ansiedade-estado”, de forma estatisticamente significativa [$R^2 (Aj.) = .383, p < .05$].

Pela análise do coeficiente de regressão padronizado (β), podemos verificar que as variáveis “irritabilidade” e “desejo de gravidez” contribuem para a variância da variável “ansiedade-estado” com .251. Os resultados da análise de variância [$F (2, 57) = 19.346, p < .001$] comprovam a existência de uma relação significativa entre estas variáveis.

Uma vez mais, a hipótese avançada foi apenas parcialmente confirmada, já que, das variáveis estudadas, apenas a irritabilidade e os sentimentos maternos têm influência sobre a ansiedade-estado das grávidas estudadas.

6.2. Discussão dos resultados

De todas as hipóteses que estabeleciam comparação entre as primíparas e as multíparas, nenhuma se revelou significativa, ou seja, as primíparas e as multíparas, quando comparadas, não apresentam diferenças significativas entre si, relativamente à ansiedade-traço, ansiedade-estado, medos em relação ao “self”, desejo de gravidez, dependência em relação a terceiros, medos em relação ao bebé, sentimentos maternos e irritabilidade. Estes resultados não vão ao encontro da teoria apresentada por Gomes Pedro (1985), anteriormente referida, onde o autor fala da primeira gravidez como um desafio à adaptação da mulher como pessoa. Contudo, Mercer (1996, *cit. in* Canavarro, 2001), também já referido, considera que a multípara tem uma tarefa de identidade materna para assumir uma nova criança mais exigente, já que tem uma família mais complexa. Também Colman e Colman (1994) falam da segunda gravidez como sendo menos romântica que a primeira, podendo a grávida sentir pânico pelas novas responsabilidades que terá de assumir, sendo para este grupo um período de ansiedade crescente.

Contudo, embora não existam diferenças quanto aos níveis de ansiedade-estado e traço entre primíparas e multíparas, verificou-se que a média de ansiedade-traço das primíparas (36.73) é inferior à da sua ansiedade-estado (40.33) (cf. Tabela 21). As multíparas apresentam uma média de ansiedade-estado e de ansiedade-traço muito mais próxima (39.03 e 38.80, respectivamente), permitindo esta variável predizer 39.7% da variância da variável ansiedade-estado, neste grupo (cf. Tabela 22).

Tomando como referência os valores médios de ansiedade-estado e ansiedade-traço anteriormente encontrados por Silva, Silva, Rodrigues e Luís (1999/2000, *cit. in* Silva, 2003) (cf. Tabela 1), podemos verificar que, no grupo das primíparas, os seus valores médios de ansiedade-traço (36.73) estão próximos dos valores apresentados pela amostra de mulheres pertencentes ao referido estudo (36.00). Os valores médios de ansiedade-estado das primíparas (40.33) são superiores aos encontrados nesse estudo (37.6). No grupo das multíparas, tanto os valores médios de ansiedade-estado como os de ansiedade-traço são superiores aos apresentados pelas mulheres pertencentes ao grupo de referência. Este aumento dos níveis de ansiedade-estado de ambos os grupos de grávidas está em concordância com o

aumento de ansiedade patente no terceiro trimestre de gravidez, anteriormente referido por Rofé et al. (*cit. in* Camarneiro, 1998).

Sendo a média de ansiedade-estado das primíparas relativamente superior à de ansiedade-traço (cf. Tabela 21), esta última revelou não exercer influência sobre a ansiedade-estado. Já no grupo das múltíparas o mesmo não se verificou (cf. Tabela 22): estando a média de ansiedade-estado e de ansiedade-traço muito próximas, esta última revelou influenciar a ansiedade-estado deste grupo de grávidas. Quando observado o grupo total de grávidas, a ansiedade-traço revelou exercer influência sobre a ansiedade-estado, embora essa influência (por referência aos valores de β) seja inferior à observada no grupo das múltíparas.

Verificou-se, também, não existirem diferenças significativas nos níveis de ansiedade-estado das grávidas (no grupo das primíparas, no das múltíparas e no grupo total) em função do seu estado civil, da sua escolaridade e do seu agregado familiar. Apesar disso, verificou-se que as grávidas com maior grau de instrução (curso superior) são as que apresentam uma média de ansiedade-estado mais baixa, em todos os grupos estudados. Esta constatação vai ao encontro dos resultados apresentados por Lightfoot, Keeling e Wilton (1982) anteriormente referenciados, em que verificaram que os níveis de ansiedade mais elevados tendiam a estar relacionados com baixos níveis de educação.

Verificámos também que as múltíparas estudadas apresentam uma média de medos em relação a si própria ligeiramente mais elevada que as primíparas, embora esta diferença não seja estatisticamente significativa. Contudo, estes resultados contrariam os apresentados anteriormente por Erikson (s. d., *cit. in* Lightfoot et al., 1982), em que foi comparado um grupo de primíparas com um grupo de múltíparas e as primeiras apresentavam mais medos em relação ao “self” que as múltíparas. Por outro lado, Lederman (1997, *cit. in* Canavarro, 2001), anteriormente referenciado, investigou um grupo de múltíparas em que identificou como temas básicos das suas preocupações os medos em relação a si própria.

Erikson (s. d., *cit. in* Lightfoot et al., 1982), na investigação já referida, constatou também que as primíparas apresentam mais medos em relação ao bebé que as múltíparas, o que no presente estudo não se constatou, ou seja, as primíparas e as múltíparas não apresentam diferenças significativas quanto aos medos que sentem em relação ao bebé.

Os grupos estudados mostram-se também equiparados relativamente à dependência em relação a terceiros e aos sentimentos maternos.

A inexistência de diferenças na ansiedade-estado de primíparas e multíparas não está em concordância com a teoria de Vieira e Ferronha (1988), apresentada anteriormente, de acordo com o qual os autores revelam que, estando a expectativa e a aprendizagem na gênese da ansiedade, as primíparas, não tendo qualquer esquema anterior de aprendizagem da gravidez, estão sujeitas a um acréscimo da ansiedade. Os nossos resultados podem ser compreendidos, também, pelo acréscimo de tarefas desenvolvimentais na gravidez das multíparas, tal como o referido por Canavarro (2001), em que estas apresentam uma tarefa de desenvolvimento a mais que as primíparas, que é a de reavaliar a relação com os outros filhos. À multípara cabe a tarefa de cuidar de duas ou mais crianças ao mesmo tempo, questionando a sua capacidade de amar os filhos de forma igual, como foi anteriormente referido por Lederman (1997, *cit. in* Canavarro, 2001).

Na tentativa de verificar que outras variáveis poderiam influenciar a ansiedade-estado das grávidas, tentou-se averiguar se os medos em relação ao “self”, o desejo de gravidez, a dependência em relação a terceiros, os medos em relação ao bebé, os sentimentos maternos e a irritabilidade influenciavam ou não a ansiedade-estado. Verificou-se, então, que tanto no grupo das primíparas como no das multíparas, apenas a irritabilidade tem influência sobre a sua ansiedade-estado. Contudo, quando estudado o grupo total de grávidas, para além da irritabilidade, também os sentimentos maternos parecem determinar a ansiedade-estado das grávidas.

Oppenheim (1985) refere-se aos medos acerca da anormalidade do feto e da irritabilidade como estando associados à ansiedade na gravidez. Contudo, no nosso estudo, só a irritabilidade parece influenciar a ansiedade-estado das grávidas. Cordeiro (1986) associa os medos em relação a si própria à ansiedade das grávidas, o que, como já vimos, não parece acontecer no grupo de grávidas por nós estudadas.

Não se excluem, contudo, outras variáveis não abordadas neste estudo que possam influenciar a ansiedade-estado das grávidas.

6.3. Considerações finais

Sendo a gravidez um acontecimento importante na vida da mulher, esta pode constituir, simultaneamente, um desafio e uma ameaça para a sua estrutura psicológica, uma vez que, neste período, a mulher vai sintetizar o seu desenvolvimento (Cordeiro, 1994, *cit. in* Camarneiro, 1998).

Em geral, os nossos resultados sugerem que não existem diferenças significativas nos níveis de ansiedade-estado e ansiedade-traço entre as primíparas e as múltiparas. Pelo contrário, as primíparas e as múltiparas estudadas, quando comparadas entre si, apresentam resultados muito semelhantes.

Embora não tenha sido verificado que o grau de escolaridade tenha uma influência significativa sobre a ansiedade-estado, constatámos que as grávidas com maior grau de instrução, ou seja, com curso superior, são as que apresentam uma média de ansiedade-estado mais baixa.

Foi verificado, também, que, no grupo das múltiparas, os seus níveis de ansiedade-estado são influenciados pelos níveis de ansiedade-traço das mesmas. Verificou-se a mesma influência quando estudado o grupo total de grávidas. Essa influência não se verificou, contudo, no grupo das grávidas primíparas.

Ao examinarmos as variáveis que concorrem para a explicação da ansiedade-estado (medos em relação ao “self”, desejo de gravidez, dependência, medos em relação ao bebé, sentimentos maternos e irritabilidade) nas grávidas estudadas, verificámos que, no grupo das múltiparas, a irritabilidade ajuda a explicar o aumento da ansiedade-estado durante a sua gravidez. O mesmo se verificou no grupo das primíparas. Quando estudamos as grávidas no seu conjunto, verificámos que os sentimentos maternos e a irritabilidade concorrem para a explicação da ansiedade-estado das mesmas.

Em investigações futuras, consideramos que seria importante alargar a dimensão das amostras, bem como torná-las mais diversificadas do ponto de vista geográfico, uma vez que esta investigação desenrolou-se apenas na zona centro do país, mais concretamente em

Coimbra e Figueira da Foz. Seria, por isso, importante saber de que modo reagem as grávidas aos processos ansiógenos que a gravidez implica, em várias zonas do País.

Seria, também, importante que em investigações futuras fosse contemplada uma análise da história desenvolvimental das grávidas, uma vez que o presente estudo não inclui, por exemplo, histórias de abortos anteriores, facto que poderia explicar ou aumentar a ansiedade em determinadas grávidas.

Este estudo mostrou-se bastante gratificante para mim em vários aspectos, nomeadamente ao permitir alargar o meu conhecimento acerca da temática da gravidez, da qual pouco sabia e, especialmente, o contacto directo com as grávidas e os profissionais de saúde. Foi também através deste estudo que tomei conhecimento do funcionamento das instituições hospitalares, nomeadamente na área de consultas externas pré-natais de obstetrícia. Foi neste âmbito que surgiu a minha maior dificuldade: a falta de condições para realização dos questionários, uma vez que as instituições onde foram aplicados os questionários não dispunham de um espaço onde fosse possível às grávidas preencherem os questionários isoladamente e sem serem interrompidas. Este facto pode ter trazido algum enviesamento ao estudo, uma vez que, não havendo privacidade, as grávidas podem ter sentido alguma inibição em responderem sobre o que realmente sentiam, podendo ter a tendência para responder sobre o que julgavam ser socialmente esperado.

Por todas estas razões, creio que este estudo contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional, uma vez que me possibilitou a oportunidade de aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo dos cinco anos da Licenciatura em Psicologia Clínica.

Referências Bibliográficas

- Abreu, J. L. (1994). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Alferes, V. R. (1997). *Investigação Científica em Psicologia – Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (1997). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: APPORT – Associação dos Psicólogos Portugueses.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed. – texto revisto) DSM – IV - T. R.. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ballinger, C. B. (1982). Emotional Disturbance During Pregnancy and Following Delivery. *Journal of Psychosomatic Research*, 26 (6), 629-634.
- Barnett, B., & Parker, G. (1986). Possible determinants, Correlates and Consequences of High Levels of anxiety in Primiparous Mothers. *Psychological Medicine*, 16, 177-185.
- Bevan, J. (1986). *O Mundo da Medicina – Enciclopédia Familiar* (Vol.I). Mem Martins: Resomnia Editores.
- Blum, B. L. (1980). *Psychological Aspects of Pregnancy, Birthing and Bonding*. New York: Human Sciences Press Inc.
- Camarneiro, A. P. (1998). *A Gravidez de Risco e o Desenvolvimento do Bebê (Consequências do Diabetes Gestacional e da Hipertensão Arterial Induzida pela Gestação no Desenvolvimento Precoce dos Bebês)*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Canavarro, M. C. (1999). *Relações Afectivas e Saúde Mental*. Coimbra: Quarteto.

Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e Maternidade – Representações e Tarefas do Desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Coord.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.

Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez – A Experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.

Cordeiro, J. C. (1986). Psicologia e Psicodinâmica da Gravidez. In J.C. Cordeiro (Ed.), *Manual de psiquiatria Clínica* (pp.67-82). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Ferronha, F. M., & Vieira, F. S. (1988). Ansiedade na Gravidez: Um Trabalho de Campo. *Psiquiatria Clínica*, 9 (4), 367-370.

Fonseca, A. F. (1997). *Psiquiatria e Psicologia* (2ª ed., Vol. I). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Garrett, G. (1989). Parto e Maternidade: seus efeitos nas mulheres. *Nursing*, 12, 39-41.

Gath, D., & Rose, N. (1985). Psychological Problems and Gynaecological Surgery. In R. G. Priest (Ed.), *Psychological Disorders in Obstetrics and Gynaecology* (pp. 31-48). London: Butterworths.

Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). *O Inquérito – Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.

Gomes Pedro, J. C. (1985). *A Relação Mãe-Filho. Influência do Contacto Precoce no Comportamento da Díade*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.

Jongenelen, I. (1998). *Gravidez na Adolescência: Uniformidade e Diversidade no Desenvolvimento*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Justo, M. J. (1986). *Introdução ao Estudo da Organização Defensiva da Mulher Grávida*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Kumar, R., & Robson, K. (1978). Neurotic Disturbance During Pregnancy and the Puerperium: Preliminary Report of a Prospective Survey of 119 Primiparae. M. Sandler (Ed.), *Mental Illness in Pregnancy and the Puerperium* (pp. 40-51). Oxford: Oxford University Press.

Langer, M. (1983). *Maternidad y Sexo*. Barcelona: Editorial Paidós.

Lightfoot, E. C., Keeling, B., & Wilton, K. M. (1982). Characteristics Distinguishing High-Anxious and Medium-/Low-Anxious Women During Pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 23 (3), 345-350.

Marreiros, G. (1988). *Gravidez e Maternidade*. Lisboa: Editorial Presença.

Marteau, T. M., Johnston, M., Shaw, R. W., Michie, S., Kidd, J., & New, M. (1989). The Impact of Prenatal Screening and Diagnostic Testing Upon the Cognitions, Emotions and Behaviour of Pregnant Women. *Journal of Psychosomatic Research*, 33 (1), 7-16.

Montgomery, S.A. (2000). *Ansiedade e Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.

Naylor, C.H. (1978). Mental Illness and its Obstetric Management. In M. Sandler (Ed.), *Mental Illness in Pregnancy and the Puerperium* (pp. 35-39). Oxford: Oxford University Press.

Oppenheim, G. B. (1985). Psychological Disorders in Pregnancy. In R. G. Priest (Ed.), *Psychological Disorders in Obstetrics and Gynaecology* (pp. 93-146). London: Butterworths.

Paulino, M., & Cordeiro, J. D. (1986). A ansiedade em Medicina, Cirurgia e Psiquiatria. J. C. Cordeiro (Ed.), *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp.189-210). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Reece, E. A., Hobbins, J. C., Mahoney, M. J., & Petrie, R. H. (1996). *Compêndio de Medicina Fetal e Materna*. Porto Alegre: Artes Médicas.

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* (pp. 105-132). Coimbra: Quarteto Editora.

Ricardo, F. C., Feliciano, E., Coelho, F., & Silva, P. M. (1991). Alterações Fisiológicas da Gravidez. *Separata do "Jornal do Médico"*, 130 (2408), 651-656.

Santos, M. B. (1998). Perturbações Psíquicas na Gravidez e Puerpério. *Psiquiatria Clínica*, 19 (1), 61-69.

Santos, P. L. (1993). Reacções Ansiosas na Gravidez e Comportamento Interactivo das Mães Durante o Período Neonatal dos Filhos. *Análise Psicológica*, 4 (XI), 485-495.

Silva, R. D. (2003). O Inventário de Estado – Traço de Ansiedade (STAI). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida, & C. Machado (Coords.), *Avaliação Psicológica – Instrumentos Validados para a População Portuguesa*. (Vol. I) (pp. 45 – 63). Coimbra: Edições Quarteto.

Sturgess, R. (1982). *Guia da Gravidez e da Maternidade*. Lisboa: Editorial Presença.

Vieira, F. S., & Ferronha, F. M. (1988). Gravidez, aspectos Psicológicos – Uma Reflexão. *Psiquiatria Clínica*, 9 (4), 371-374.

Wingate, P. (1977). *Dicionário de Medicina*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

ANEXOS

ANEXO 1

PREGNANCY RESEARCH QUESTIONNAIRE

Schaefer & Manheimer (1960)

Versão para investigação

Tradução de Inês Jongenelen

Nas questões que se seguem gostaríamos de conhecer alguns dos seus sentimentos acerca da gravidez e do parto. É importante que responda a todas as questões. Depois de cada afirmação, por favor assinale com uma cruz a resposta que melhor descreve os seus sentimentos. Não existem respostas certas ou erradas. Estamos apenas interessados em conhecer as experiências da mulher.

1. Antes da gravidez eu queria muito ter um bebé.

Concordo totalmente__ Concordo moderadamente__ Discordo moderadamente__ Discordo totalmente__

2. Eu gostaria de ter:

1 filho__ 2 filhos__ 3 filhos__ 4 filhos__ 5 filhos__ Mais de 5 filhos__

3. A primeira vez que soube que estava grávida, eu fiquei:

Encantada__ Contente__ Aceitei o facto: nem contente nem descontente__

Um pouco descontente__ Extremamente descontente__

4. Cuidar de um bebé pequeno é algo que não se espera que uma mulher faça sozinha.

Concordo totalmente__ Concordo moderadamente__ Discordo moderadamente__ Discordo totalmente__

5. O bebé pode ser prejudicado se a mãe se aborrecer durante a gravidez.

Concordo totalmente__ Concordo moderadamente__ Discordo moderadamente__ Discordo totalmente__

6. Eu senti que a minha gravidez foi longa e maçadora.

Frequentemente__ Ocasionalmente__ Raramente__ Nunca__

7. Eu gostaria de ter:

Um rapaz__ Uma rapariga__ Tanto faz__

8. Eu tenho medo que o meu bebé possa ser feio ou pouco atraente.

Frequentemente__ Ocasionalmente__ Raramente__ Nunca__

9. Eu considero os meus sentimentos maternos como:

Muito maternos__ Acima da média__ Na média__ Abaixo da média__ Nada maternos__

10. Qualquer mulher grávida receia o parto.

Concordo totalmente__ Concordo moderadamente__ Discordo moderadamente__ Discordo totalmente__

11. Eu não quis ter um bebé nesta altura.

Concordo totalmente__ Concordo moderadamente__ Discordo moderadamente__ Discordo totalmente__

12. Seria reconfortante para mim saber que podia recorrer à ajuda da minha mãe ou de outra mulher mais velha para tomar decisões.

Concordo totalmente__ Concordo moderadamente__ Discordo moderadamente__ Discordo totalmente__

13. Qualquer mulher grávida está preocupada sobre se o seu bebé vai ser normal.

Concordo totalmente__ Concordo moderadamente__ Discordo moderadamente__ Discordo totalmente__

14. Antes de eu ficar grávida, nós esperávamos ter um bebé.

Concordo totalmente__ Concordo moderadamente__ Discordo moderadamente__ Discordo totalmente__

15. Eu preocupo-me em poder perder o meu bebé.

Frequentemente__ Ocasionalmente__ Raramente__ Nunca__

16. Quando eu era pequena:

Sempre que possível, eu queria tomar conta de bebés e de crianças__

Às vezes, eu gostava de tomar conta de bebés e de crianças__

Eu era indiferente acerca de tomar conta de crianças mais novas__

Eu pensava que as crianças pequenas eram um aborrecimento__

17. Por vezes desejo que não fosse ter este bebé.

Concordo totalmente__ Concordo moderadamente__ Discordo moderadamente__ Discordo totalmente__

18. Eu preocupo-me que o meu bebé possa ser magoado durante o parto.

Concordo totalmente__ Concordo moderadamente__ Discordo moderadamente__ Discordo totalmente__

19. Eu tenho andado tensa e inquieta desde que fiquei grávida.

Concordo totalmente__ Concordo moderadamente__ Discordo moderadamente__ Discordo totalmente__

20. Eu tentei evitar ficar grávida.

Verdadeiro__ Falso__

21. Não há nada pior para uma jovem mãe do que estar sozinha durante a sua primeira experiência com um bebé.

Concordo totalmente__ Concordo moderadamente__ Discordo moderadamente__ Discordo totalmente__

22. Eu preocupo-me acerca do meu bebé ser fraco e pouco saudável.

Frequentemente__ Ocasionalmente__ Raramente__ Nunca__

23. Eu preocupo-me com o facto de que ter um bebé me tornar menos atraente.

Frequentemente__ Ocasionalmente__ Raramente__ Nunca__

24. Este foi o momento errado para eu ter um bebé por causa de: (Assinale todas as razões que se aplicam a si).

A minha saúde__ Problemas de dinheiro__ Problemas de habitação__
Eu não quis deixar o meu emprego__ O meu marido/companheiro/namorado
e a minha família não aprovam__ Eu tenho filhos suficientes__
Eu não estou pronta para assentar__ Interfere com outros planos__
Nenhuma das anteriores__

25. Eu preocupo-me que a gravidez e o nascimento do bebé venham a arruinar a minha saúde.

Frequentemente__ Ocasionalmente__ Raramente__ Nunca__

26. Eu preocupo-me que o meu bebé possa ser deficiente mental.

Frequentemente__ Ocasionalmente__ Raramente__ Nunca__

27. Se eu tivesse escolha, gostaria de

Ter alguém que cuidasse do bebé, por mim___
Ter alguém que cuidasse do bebé, na maior parte do tempo___
Ter alguém que cuidasse do bebé, durante muito tempo___
Ter alguém que cuidasse do bebé, às vezes___
Cuidar do bebé sozinha___

28. Considero que amamentar um bebé:

Desagradável___ Doloroso___ Embaraçoso___ Aborrecido___
Nem agradável nem desagradável___ Relaxante___ Um tanto agradável___
Muito agradável___

29. Desde que engravidei, os meus sentimentos podem ser descritos como:

a. Relaxada

Frequentemente___ Ocasionalmente___ Raramente___

b. Falta de interesse acerca das coisas

Frequentemente___ Ocasionalmente___ Raramente___

c. Desanimada

Frequentemente___ Ocasionalmente___ Raramente___

d. Contente ou Alegre

Frequentemente___ Ocasionalmente___ Raramente___

e. Aborrecida

Frequentemente___ Ocasionalmente___ Raramente___

f. Calma e tranquila

Frequentemente___ Ocasionalmente___ Raramente___

g. Preguiçosa

Frequentemente___ Ocasionalmente___ Raramente___

h. Triste

Frequentemente___ Ocasionalmente___ Raramente___

i. Deprimida

Frequentemente___ Ocasionalmente___ Raramente___

Obrigado pela sua colaboração.

ANEXO 2

STAI – FORMA X –1

INSTRUÇÕES:

As frases que se seguem são aquelas que a maioria das pessoas usa para descrever a maneira como actua e sente. Leia, por favor, cada uma delas e depois assinale, com uma cruz (X), no quadrado (□) à direita da frase que indica como *se sente agora*, isto é, *neste momento*.

Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que melhor lhe pareça descrever os seus sentimentos actuais.

	Não	Um Pouco	Sim, Moderadamente	Muito

1 – Sinto-me calma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Sinto-me segura.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – Estou tensa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – Sinto remorsos, sem razões para isso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – Sinto-me à vontade.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 – Sinto-me preocupada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 – Presentemente, preocupo-me com possíveis desgraças que me possam acontecer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 – Sinto-me tranquila.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – Sinto-me ansiosa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 – Sinto-me confortável.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 – Sinto-me auto-confiante.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 – Sinto-me nervosa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 – Estou “em picos”.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

STAI – FORMA X –2

INSTRUÇÕES:

As frases que se seguem são aquelas que a maioria das pessoas usa para descrever a maneira como actua e sente. Leia, por favor, cada uma delas e depois assinale, com uma cruz (X), no quadrado (□) à direita da frase que indica como *geralmente se sente*.

Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que melhor lhe pareça descrever o modo como geralmente se sente.

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre

21 – Sentia-me bem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 – Cansava-me facilmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 – Apetecia-me chorar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 – Gostava de ser tão feliz como pareciam as outras pessoas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 – Estava a perder muitas oportunidades, porque não conseguia decidir-me a tempo..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 – Sentia-me tranquila.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 – Sentia-me “calma, fria e imperturbável”.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 – Sentia que as dificuldades se vinham a avolumar de tal modo que não as conseguia ultrapassar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 – Preocupava-me demasiado com qualquer coisa que, na realidade, não tem nenhuma importância..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 – Era feliz.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 – Tinha tendência a levar as coisas a sério.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
32 – Faltava-me auto-confiança.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 – Sentia-me segura.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 – Tentava evitar enfrentar uma crise qualquer ou dificuldade.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 – Sentia-me triste sem causa aparente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 – Era uma pessoa contente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 – Alguns pensamentos não importantes invadiam o meu pensamento e aborreciam-me.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 – As desilusões afectavam-me tão profundamente que não podia tirá-las da minha ideia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 – Era uma pessoa estável.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 – Ficava sempre num estado de tensão quando pensava nas minhas preocupações e nos meus interesses mais recentes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 3

REGISTO DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

A informação recolhida destina-se apenas a tratamento estatístico, sendo anónima e confidencial.

1. Idade: _____

2. Estado Civil:

- ♦ Solteira
- ♦ Casada
- ♦ União de Facto
- ♦ Viúva
- ♦ Divorciada

3. Habilitações Literárias:

- ♦ Primeiro Ciclo do Ensino Básico (4º Ano)
- ♦ Segundo Ciclo do Ensino Básico (5º e 6º Ano)
- ♦ Terceiro Ciclo do Ensino Básico (7º ao 9º Ano)
- ♦ Secundário (10º ao 12º Ano)
- ♦ Curso Superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento)

4. Profissão: _____

Se está desempregada:

- ♦ Há quanto tempo? _____
- ♦ Qual o seu último emprego? _____

5. Área de Residência:

- ♦ Urbana
- ♦ Sub-Urbana
- ♦ Rural

6. Semanas de Gravidez _____

7. Primeira Gravidez Segunda Gravidez Terceira ou mais gravidezes

8. Com quem vive:

- ♦ Em casa própria com o marido/companheiro
- ♦ Sozinha
- ♦ Com os pais
- ♦ Com o marido/companheiro em casa dos pais/sogros
- ♦ Outras Situações: _____

9. Quando terminar a licença de maternidade, quem cuidará do bebê:

- ♦ A própria
- ♦ A avó materna
- ♦ A avó paterna
- ♦ Ficará num infantário
- ♦ Com uma ama
- ♦ Outra situação Qual? _____

ANEXO 4

ARSC - S.R.S.C.
CENTRO DE SAÚDE
FIGUEIRA DA FOZ

Entrada 03.05.20
N.º 1288/2003 9

Per entrada
Supor a Regente:

20/5/03

[Handwritten signature]

Exmº Senhor
Dr. Vítor Sarmiento
Director do Centro de Saúde da Figª da Foz
Rua da Rodovia Urbana

3080-254 Figueira da Foz

000420

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

CSRSC

2003-05-14

ASSUNTO: **Pedido de autorização de recolha de dados – Célia Cristina Oliveira Costa.**

Relativamente ao assunto mencionado em epígrafe, informamos Vª Exª que, por despacho do Sr. Coordenador de 13.05.03, foi autorizado

Com os melhores cumprimentos,

A responsável do Gabinete do Coordenador

[Handwritten signature]
(Mª do Céu Branco)





Ministério da Saúde



HDF
Hospital Distrital da
Figueira da Foz

Contribuinte Fiscal n.º 501 493 727

3080-707

EXM.ª SENHORA
D. CÉLIA CRISTINA DE OLIVEIRA COSTA
RUA DOS BOMBEIROS VOLUNTÁRIOS, 99
3100-238 LOURIÇAL

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data	Telefone	Telefax
		Direcção Clínica	01-04-2003	233402058	233412981

03.04.2003 * 01905

Assunto: INQUÉRITO

Conforme solicitação de V.Ex.ª para efectuar um questionário no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia, foi o mesmo ao Director daquele Serviço para parecer, o qual informou:

" Concordo desde que seja assegurada a confidencialidade dos dados colhidos."

Assim, deverá V.Ex.ª entrar em contacto com o Director do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia - Dr. Otto Lacerda, a fim de marcarem datas para efectuar o referido inquérito.

Com os melhores cumprimentos,

O Director Clínico

Dr. Amândio José Correia Martins Couceiro
Assistente Graduado de Cirurgia Geral

MATERNIDADE BISSAYA - BARRETO

(C. H. C.)

RUA AUGUSTA - TELEF. 239 480 400

3000-061 COIMBRA

Exm^a Senhora

D. Célia Cristina de Oliveira Costa

Rua dos Bombeiros Voluntários, 99


3100 – 238 Louriçal

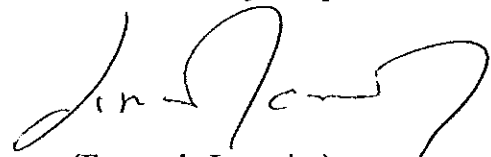
Ofício nº 126/MA

Em resposta à Vossa solicitação datada de 15/04/03, referente à recolha de dados sob o tema “Ansiedade na Gravidez”, cumpre-nos informar V. Ex^a que o Conselho Directivo da Maternidade Bissaya Barreto deferiu o pedido pelo que deverá contactar a Sr^a Dr^a Fernanda Jardim, Directora do Serviço de Obstetrícia para defenir os moldes de concretização do trabalho.

Com os melhores cumprimentos.

Coimbra, 6 de Maio de 2003

 O Director Clínico Adjunto para a MBB


(Fernando Loureiro)