

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



FILHOS DA MATURIDADE: ATITUDES SOBRE A GRAVIDEZ E MATERNIDADE,
ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS EM GRÁVIDAS TARDIAS

Cátia Dinis Carvalho Lima

nº12793

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia
Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

FILHOS DA MATURIDADE: ATITUDES SOBRE A GRAVIDEZ E MATERNIDADE,
ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS EM GRÁVIDAS TARDIAS

Cátia Dinis Carvalho Lima

Dissertação orientada por: Professora Doutora Teresa Botelho

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia
Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Teresa Botelho, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica, conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006

AGRADECIMENTOS

Para a elaboração deste trabalho tive a sorte e o prazer de contar com algumas pessoas que contribuíram de alguma forma para o sucesso e a conclusão deste sonho.

Agradecendo assim, à Prof^a Doutora Teresa Botelho, pelo seu apoio e profissionalismo e á Prof^a Doutora Maria Raul Lobo Xavier, pela sua enorme disponibilidade demonstrada desde o primeiro contacto.

À direcção do Hóspital Distrital de Santarém, por terem acreditado no meu trabalho, abrindo assim as portas desta instituição e acolhendo este projecto de investigação, o que para tal contribuiu a preciosa ajuda da directora do departamento de Ginecologia e Obstétrica, Dr^a Graça Marona, um muito obrigada.

Às minhas estimadas enfermeiras do serviço de Obstétrica do Hospital de Santarém, a enfermeira Maria João e a enfermeira Rosário, que foram incansáveis e uma ajuda imprescindível não só na recolha de dados perante as grávidas, assim como no apoio e incentivo que sempre me deram ao longo deste ano, transmitindo-me força que muitas vezes já se fazia escassear. Assim como, a enfermeira responsável pelas aulas de preparação para o parto do Centro de Saúde de Santarém, a Enf^a Maria João, que também ela me acolheu com um grande sorriso, disponibilidade e confiança.

A todos os meus amigos, colegas e companheiros nesta aventura, que se demonstraram presentes sempre que necessário, com grande preocupação e sobretudo com uma palavra de incentivo.

A todos os meus familiares que se demonstraram compreensivos aquando a minha presença rareava no convívio familiar, atenciosos, carinhosos nos momentos mais difíceis e sempre com uma palavra de amiga e encorajadora.

Aos meus pais, que a eles dedico a minha vitória, pois foram as pessoas que desde o início acreditaram que conseguiria, investindo assim nas minhas capacidades. A eles que estiveram do meu lado ao longo destes cinco anos e que incondicionalmente me apoiaram.

Por último, mas não menos importante (até pelo contrário), agradeço ao meu namorado que com ele partilhei as alegrias, as angustias e os desesperos, ao longo deste anos. Foi assim o meu porto seguro, aquela pessoa que para rir ou para chorar eu sabia que estava lá, sempre com uma palavra animadora e com uma formula mágica que me fazia levantar a cabeça e ver uma janela quando eu pensava que a porta já se tinha fechado.

RESUMO:

Este trabalho tem como objectivo perceber se existem diferenças significativas ao nível das atitudes sobre a gravidez e a maternidade e das dimensões da sintomatologia de ansiedade, depressão e *stress* entre grávidas tardias e um grupo comparativo. Foram aplicados os instrumentos: *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress – EADS-21*, *Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade - EAGM* e um Questionário de Caracterização Socio-demográfica. A amostra é constituída por 60 grávidas primíparas no terceiro trimestre de gestação: 30 constituem um grupo comparativo (grupo 1) com idades entre os 17 e os 33 anos e 30 são denominadas por primíparas tardias (grupo 2), com idades entre os 35 e os 40 anos.

Os resultados obtidos na EADS-21 revelam que estes dois grupos não apresentam diferenças estatisticamente significativas quanto à dimensão das variáveis ansiedade, depressão e *stress*. Na EAGM observa-se a existência de diferenças significativas na sub-escala que mede a gravidez como factor de mudança/crescimento pessoal, indicador de que as grávidas tardias não percebem tanto a gravidez como um factor de mudança e de crescimento pessoal, comparativamente ao outro grupo. Verificou-se ainda a presença de uma correlação moderada entre as sub-escalas “depressão” e “filho imaginado” assim como “ansiedade” e “aspectos difíceis da gravidez”, admitindo-se que quanto maior a dimensão de sintomas de depressão menor é a dimensão demonstrada perante o “filho imaginado”; tal como se observa que quanto maior a dimensão de sintomas de ansiedade menor é a dimensão demonstrada perante os “aspectos difíceis da gravidez”. Conclui-se que as grávidas tardias em estudo não apresentam qualquer tipo de risco em termos psicológicos.

Palavras-chave: Psicologia da gravidez, gravidez, gravidez tardia, maternidade, atitudes, primiparidade, puerpério, depressão, ansiedade, *stress*, EADS-21, EAGM

ABSTRACT

The aim of this study is to verify if there are relevant differences in pregnancy and maternity attitudes, as well as anxiety, depression and stress dimensions between late pregnancy and a comparative group. There were applied three instruments: *Scale of Anxiety, Depression and Stress - EADS-21*, *Scale of Attitudes on Pregnancy and Parenting - EAGM* and a *Sociodemographic Questionnaire*. The sample is composed of 60 primipare in the third trimester of gestation. The comparative group (Group 1) is composed of 30 women aged between 17 and 33 years old and the other group is composed of 30 women aged between 35 and 40 years old, denominated late primipare. The results give evidence that there are no statistically significant differences in the dimension of the anxiety, depression and stress variables. In EAGM, we can observe significant differences at the subscale of pregnancy as a factor of change/personal development, which indicates that late primipare does not have perception of pregnancy as a factor of change/ personal development as the other group does. It was also verified a moderated correlation between “depression” and “Imagined son” Subscales, such as “anxiety” and “pregnancy difficulties”, concluding that as higher the dimension of depression symptoms, lower is the dimension demonstrated for the “imagined son”. It is also shown that as higher the anxiety symptoms dimension , lower ”pregnancy difficulties” dimension. We can conclude that late primipare in this study don’t have any type of psychological risks.

Key Words: psychology of pregnancy, pregnancy, maternity, primipare, puerp, depression, anxiety, stress, DASS.

ÍNDICE GERAL

Introdução-----	1
Enquadramento Teórico:	
1. Gravidez e Maternidade-----	4
1.1. Alterações e aspectos psicológicos na gravidez e maternidade-----	7
1.2. Atitudes sobre a gravidez e maternidade-----	10
1.3. Gravidez tardia-----	13
2. Ansiedade, Depressão e Stress-----	17
2.1. Ansiedade, depressão e stress na gravidez-----	18
3. Método-----	23
3.1. Delineamento-----	23
3.2. Material-----	23
3.3.1 Questionário de Caracterização Socio-demográfica-----	23
3.3.2 Escala de Ansiedade, Depressão e <i>Stress</i> -----	24
3.3.3 Escala de Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade-----	25
3.3. Participantes -----	26
3.4. Procedimento-----	29
4. Resultados-----	32
4.1. Análise Descritiva-----	32
4.2. Análise Comparativa-----	45
4.3. Análise Correlativa-----	49
5. Discussão-----	51
6. Conclusão-----	57
Referências-----	60

Índice de Anexos

I.	Carta de pedido de autorização-----	66
II.	Carta de pedido de autorização para a directora do departamento-----	68
III.	Carta de Consentimento informado-----	70
IV.	Questionário de Caracterização Sócio-demográfica-----	72
V.	Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)-----	75
VI.	Escala de atitudes sobre a gravidez e a maternidade (EAGM)-----	78
VII.	Análise Descritiva e de Frequências-----	81
VIII.	Análise Comparativa-----	105
IX.	Análise Correlativa-----	110

Lista de Tabelas

Tabela 1: Resultados sobre a amostra em termos das variáveis idade e tempo de gestação-----	32
Tabela 2: Resultados obtidos sobre os grupos normativo e grávidas tardias em termos das variáveis idade e tempo de gestação-----	33
Tabela 3: Resultados obtidos quanto à sub-escala “Ansiedade”-----	37
Tabela 4: Resultados obtidos quanto à sub-escala “Depressão”-----	38
Tabela 5: Resultados obtidos quanto à sub-escala “Stress”-----	39
Tabela 6: Resultados obtidos quanto à sub-escala “Filho Imaginado”-----	40
Tabela 7: Resultados obtidos quanto à sub-escala “Boa mãe”-----	41
Tabela 8: Resultados obtidos quanto à sub-escala “Gravidez como factor de mudança”-----	41
Tabela 9: Resultados obtidos quanto à sub-escala “Aspectos difíceis da gravidez”-----	42
Tabela 10: Resultados obtidos quanto à sub-escala “Relação com a própria mãe”-----	43
Tabela 11: Resultados obtidos quanto à sub-escala “Apoio do marido/companheiro”-----	44
Tabela 12: Resultados obtidos quanto à sub-escala “Imagem corporal e necessidade de dependência”-----	45

Tabela 13: Resultados do teste Kolmogorov-Smirnov da escala EADS-21-----	46
Tabela 14: Resultados do teste Mann-Whitney da escala EADS-21-----	46
Tabela 15: Resultados do teste Kolmogorov-Smirnov da escala EAGM-----	47
Tabela 16: Resultados do Test-t da escala EAGM-----	48
Tabela 17: Análise de frequências e percentagens da idade do grupo de estudo-----	88
Tabela 18: Análise de frequências e percentagens da idade das grávidas tardias-----	88
Tabela 19: Análise de frequências e percentagens das Habilitações literárias-----	88
Tabela 20: Análise de frequências e percentagens da Situação Profissional-----	89
Tabela 21: Análise de frequências e percentagens do Estado Civil-----	89
Tabela 22: Análise de frequências e percentagens da co-habitação-----	89
Tabela 23: Análise de frequências e percentagens do Tipo de Gravidez-----	89
Tabela 24: Análise de frequências e percentagens do Tempo de Gestação-----	90
Tabela 25: Análise de frequências e percentagens do Planeamento de Desejabilidade da gravidez-----	90
Tabela 26: Análise de frequências e percentagens da Reacção da própria à gravidez-----	90
Tabela 27: Análise de frequências e percentagens da Reacção do companheiro à gravidez-----	91
Tabela 28: Análise de frequências e percentagens da Reacção da família à gravidez-----	91
Tabela 29: Análise de frequências e percentagens do Género do Bebé-----	91
Tabela 30: Análise de frequências e percentagens de quem escolheu o nome do bebé----	91
Tabela 31: Análise de percentagens da sub-escala “Ansiedade”-----	95
Tabela 32: Análise de percentagens da sub-escala “Depressão”-----	95
Tabela 33: Análise de percentagens da sub-escala “ <i>Stress</i> ”-----	95
Tabela 34: Análise de percentagens da sub-escala “Filho imaginado”-----	102
Tabela 35: Análise de percentagens da sub-escala “Boa mãe”-----	102
Tabela 36: Análise de percentagens da sub-escala “Gravidez como factor de mudança/crescimento pessoal”-----	103
Tabela 37: Análise de percentagens da sub-escala “Aspectos difíceis da gravidez e maternidade”-----	103
Tabela 38: Análise de percentagens da sub-escala “Relação com a própria mãe”-----	104
Tabela 39: Análise de percentagens da sub-escala “Apoio do marido/companheiro”-----	104
Tabela 40: Análise de percentagens da sub-escala “Imagem corporal e necessidade de dependência”-----	104

Lista de Figuras

Figura 1: Gráficos de percentagens da idade materna das participantes-----	27
Figura 2: Gráfico de percentagens das habilitações literárias das participantes-----	27
Figura 3: Gráfico de percentagens da situação profissional das participantes-----	28
Figura 4: Gráfico de percentagens do estado civil das participantes-----	28
Figura 5: Gráfico de percentagens sobre com quem vivem, as participantes-----	34
Figura 6: Gráficos de percentagens sobre o tipo de gravidez das participantes-----	34
Figura 7: Gráfico de percentagens do planeamento e desejabilidade da gravidez-----	35
Figura 8: Gráfico de percentagens das reacções, da própria, do companheiro e da família perante a gravidez-----	35
Figura 9: Gráfico de percentagens do género do bebé-----	36
Figura 10: Gráfico de percentagens de quem escolheu o nome para o bebé-----	36

INTRODUÇÃO

Para quê adiar a maternidade?

A primiparidade tardia tem sido alvo de diversos estudos, pois o adiar da maternidade tem sido cada vez mais comum, levando a que diversas questões, curiosidades e até mesmo preocupações surjam.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2008), a população está cada vez mais “envelhecida”, sendo que a taxa bruta de natalidade tem sido estável nos últimos anos, a rondar os 11 nados vivos por mil habitantes, recuando para 10,0% em 2006, nível inferior ao estimado pelo Eurostat para o conjunto dos 25 países membros (10,5%), comprometendo a tarefa de assegurar as gerações. A taxa bruta de natalidade de Portugal segue assim a evolução contrária observada nos últimos anos em alguns países com níveis de natalidade, considerados como fracos.

Entre 2001 e 2006 não só se verifica uma baixa significativa no número de nados-vivos, como se tem vindo a observar que as mulheres tendem a retardar a idade média à primeira maternidade, caracterizando a fecundidade em Portugal pelo seu envelhecimento. Ao que se verificou que em 2001, a taxa de fecundidade no grupo etário dos 20-24 era de 56.7% e no final do período em análise, ou seja em 2006, situa-se em 45.5%, o grupo etário dos 30-34 reforçou a posição aumentando de 80.9% para 83.8%. Porém, grande evidência tem vindo a tomar os nascimentos nas idades ainda mais avançadas, nomeadamente dos 35-40 e dos 40-44 anos, em que no primeiro se deu um aumento de 33.8% para 38.4% e no segundo de 6.6% para 7.7%, em 2001 e 2006, respectivamente.

Estes dados têm vindo a ser justificados, por muitos autores, pelas várias mudanças a nível socio-cultural que se tem vindo a notar relativamente aos papéis sociais do homem e da mulher. Realçando o papel cada vez mais activo, desempenhado pela mulher, pois tem vindo a desenvolver e a conquistar a sociedade, o que para tal, contribuíram factores como, a entrada no mercado de trabalho e a aposta na formação profissional. A mulher tem assim, conseguido obter uma maior autonomia e independência, não só economicamente, como na sua sexualidade e reprodução, o que tem dado origem a um decréscimo de natalidade assim como o entardecer da maternidade.

Porém, o papel parental continua a ter lugar para o ser humano, como uma fonte organizadora e um importante objectivo de vida, sendo que é um importante passo para

alcançar o desenvolvimento pessoal e a maturidade, esperadas pelo seu papel social (Melo, Leal, & Faria, 2006).

A maternidade trata-se assim de um importante período de transição em que confere definitivamente o estatuto de adulto ao indivíduo e muitas vezes perspectivada como prova de ter um corpo que funciona normalmente. Desenvolvendo-se a gravidez como que um teste à funcionalidade do corpo feminino, implicando numerosas tarefas desenvolvimentais, a vários níveis: individual, conjugal familiar e social. Dando-se transformações do corpo, interna e externamente, em que surge um despertar da necessidade da mulher rever a relação consigo mesmo, com os pais (no presente e passado), assim como com o companheiro e filhos, caso “existam” (Canavarro, 2001; Figueiredo, 2005).

A complexidade de alterações e transformações faz com que esta fase de transição seja muitas vezes acompanhada de sintomatologia como: ansiedade, depressão e stress, que pode ser adaptativa, ou pelo contrário, dificultar esta adaptação à nova etapa da vida. O que pode deixar a mulher sujeita a um duplo esforço psicológico inerente à vivência de uma gravidez, acrescido do conflito interno provocado por esta dificuldade, que por vezes se “transforma” na indisponibilidade que a mulher sente para ser mãe.

Contudo, a gravidez tardia é considerada uma gravidez de risco em termos fisiológicos, mas será que se pode considerar uma gravidez de risco em termos psicológicos?

Este trabalho de investigação pretende perceber e compreender como é vivida, em termos psicológicos, esta fase, pela mulher depois dos 35 anos, aquando da sua primeira gravidez.

Perante a investigação bibliográfica realizada, pude deparar-me com um baixo número de estudos nesta área, todavia verificando-se em plena expansão, embora não tivesse encontrado qualquer estudo que conciliasse estes dois aspectos: a sintomatologia tão presente neste período da vida, tal como é descrito na literatura, e as atitudes da mulher perante este assunto da gravidez e maternidade, admito e não rejeito a possibilidade da sua existência.

Para este efeito, embarcaremos no mundo da gravidez e maternidade, nomeadamente, a fim de perceber em que consistem estes dois períodos, quanto às alterações e aspectos psicológicos, nomeadamente, as atitudes a eles inerentes e a ansiedade depressão e stress vividos nesta fase de transição.

Desenvolveremos a gravidez tardia, em primíparas, a fim de perceber como são estas mulheres e o que as leva a adiar a gravidez, assim como as dificuldades apontadas, a nível fisiológico e psicológico de uma gravidez depois dos 35 anos.

Com o intuito de atingir os objectivos pretendidos foram utilizados alguns instrumentos, tais como: EADS-21- Escala de Ansiedade, Depressão e Stress; EAGM- Escala de Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade e o Questionário de Caracterização Sócio-demográfica. Com base nos quais descreveremos os resultados obtidos a partir do qual elaboraremos a Discussão dos mesmos, tentando assim, chegar a algumas respostas.

Por fim enunciaremos as conclusões emergentes do presente estudo de investigação, assim como algumas limitações sentidas ao longo do mesmo.

GRAVIDEZ E MATERNIDADE

Nos mais diversos locais do mundo, através da arte, nomeadamente da pintura, escultura e mais tarde da literatura pode-se verificar que a maternidade desde os tempos mais remotos ocupa um lugar de centralidade na vida humana, pois o nascimento de um filho pode assumir o significado de materialização e projecção de um encontro, de uma relação íntima, podendo ser um indicador de concretização (Canavarro, 2001), não só a nível do desenvolvimento pessoal, assim como forma de testemunho da maturidade alcançada e esperada pelo seu papel social (Daniluk, 1997, cit. Costa & Oliveira, 2006; Melo, Leal & Faria, 2006).

Os testemunhos deixados ao longo dos tempos, mostram-nos também a preocupação tida em torno desta realidade humana que é a reprodução e a sexualidade. Possibilitando a distinção entre estes dois conceitos devido à preocupação demonstrada em “dar” ao ser humano, nomeadamente à mulher, um maior controlo sobre o corpo, facilitando a decisão, se e quando ser mãe. Porém, segundo Leal (2005), estes dois conceitos ainda são habitualmente confundidos e tomados como sinónimos, quando na verdade revelam duas realidades diferenciadas entre si, vivenciadas de forma diferente e tecidas em imaginários diferentes.

A maternidade é assim, um processo que ultrapassa a gravidez, sendo um projecto a longo prazo (Canavarro, 2001), que se inscreve em padrões de cultura, numa dinâmica da sociedade, num dado momento, em que concepções como as da “infância”, “qualidade de vida”, “direitos e deveres dos cidadãos”, têm uma importância primordial (Leal, 2005), e que tendo em conta a forma como a sociedade e a cultura circundante à grávida percebem a maternidade, é produzido um grande impacto na experiência da gravidez e maternidade da mulher como pessoa única. Tornando-se assim, de extrema importância fazer um enquadramento numa perspectiva histórica e sócio-cultural, para que haja uma maior e melhor percepção dos significados da gravidez e maternidade, sendo esta uma experiência infinitamente invariável (Canavarro, 2001).

A gravidez refere-se ao período de mais ou menos 40 semanas, que medeia entre a concepção e o parto, portanto bem definido temporalmente, constituindo nove meses de ensaios, ligações, ansiedade, fantasias e reflexões, permitindo que o projecto de maternidade se continue a construir de forma progressiva. Ocorrendo nesta fase toda uma espectacularidade de transformações físicas, acarretando vivências psicológicas particulares, transcendendo o momento da concepção, assim como a maternidade transcende o momento

do parto, por isso, mais do que importantes acontecimentos, são processos dinâmicos de construção e desenvolvimento de grande dimensão e importância.

Estas duas realidades são consideradas como um período de desenvolvimento e, tal como outros períodos de desenvolvimento que compõem o ciclo de vida, caracterizam-se pela necessidade de resolver tarefas desenvolvimentais específicas e viver uma crise própria (Canavarro, 2001; Leal, 2005).

Reconhece-se assim, que de uma forma geral o nascimento de um filho, implica grandes mudanças, não só na construção da identidade parental, assim como na reorganização do investimento das figuras parentais nos seus outros papéis, obtendo-se um enorme impacto tanto na vida pessoal, como na vida familiar e social.

De facto, ao estudar-se a gravidez e a maternidade não se pode esquecer do papel do homem, que se tem destacado evolutivamente, vindo a ocupar e a desempenhar, cada vez mais, um papel presente e activo.

Esta remodelação de papéis vem-se dando, lenta e progressivamente, ao longo da história e da humanidade, tendo como principal impulsionador a emancipação da mulher na sociedade e no mercado de trabalho, que surpreendendo o homem com a ruptura da hierarquia doméstica e com um constante questionamento da sua autoridade, dá origem a alterações na constituição e dinâmica familiar. A organização com base na hierarquia, regida pela severidade de princípios, em que a autoridade e o autoritarismo daquele que exercia domínio sobre o grupo, que valia tanto para os filhos como para a mulher, deixa de ter lugar e dá espaço a formas diferenciadas de organização, dando origem a uma redefinição de relações internas e externas.

Emerge, assim, uma nova figura paterna, não mais ancorada no poder económico (Balancho, 2001; Monteiro, 2001; Gomes & Resende, 2004), mas uma nova imagem do pai, que enquanto progenitor é capaz de assumir os cuidados em qualquer fase do desenvolvimento da criança.

Transmitindo a noção de que os papéis parentais tradicionais não são inerentes ao sexo dos progenitores, mas sim a um artefacto do sistema cultural do género e da estrutura familiar tradicional, surgindo com isto, uma valorização crescente do papel paterno, com a aproximação dos papéis parentais.

Para esta alteração também a sociedade tem influenciado grandemente, sendo possível observar-se uma organização social com respeito à procriação, gravidez, nascimento e cuidados às crianças que não é “assexuada”. Percebendo-se que a implicação activa do

homem na gravidez e maternidade torna-se de grande importância na medida em que afecta não só o desenvolvimento e bem-estar da criança, assim como também afecta o próprio homem (Gomez in Leal, 2005).

Assim, a figura paterna perante uma fragilização, e temendo ser reduzido ao papel de mero reprodutor, leva a que o homem se analise e conseqüentemente reinvente o seu papel e construa a subjectividade de pai, optando por uma nova postura. Admitindo-se ser benéfica toda esta remodelação, tendo em conta que a criança necessita do par conjugal adulto para construir dentro de si uma imagem positiva das trocas afectivas e da convivência (Gomes & Resende, 2004).

Contudo, há que destacar a particularidade do nascimento do primeiro filho, altura em que todas as alterações, ajustamentos e adaptações a ter em conta neste período, são experiências totalmente novas e desconhecidas, tanto para o homem como para a mulher. A paridade é então o número de filhos que uma mulher ou casal têm, distinguindo-se entre nuliparidade, ou seja, inexistência de descendência, primiparidade que consiste no primeiro filho e multiparidade, ter mais do que um filho (Batista, 2007).

Meireles e Costa (2005, cit. Batista, 2007), ao estudarem mães primíparas comparativamente com múltiparas, concluíram que as primeiras apresentam níveis mais elevados no envolvimento emocional para com o bebé, o que, segundo as autoras, pode ser tido em conta como um factor derivado da dificuldade na construção do papel materno, havendo assim uma maior necessidade e esforço de investimento e interacção, por parte destas mães, tendo em conta a sua inexperiência. Outros estudos demonstram que as primíparas apresentam níveis mais elevados na vivência do corpo grávido o que poderá estar associado ao impacto psicológico da primeira experiência de gravidez e conseqüente mudança pessoal.

Por sua vez outros investigadores, ao analisarem o efeito da paridade sobre as atitudes do comportamento da mãe na interacção mãe-bebé, verificaram que as mães múltiparas comparativamente com as primíparas, apresentam níveis mais elevados de auto-eficácia, o que interfere com a qualidade do comportamento interactivo estabelecido com o bebé, enquanto que nas primíparas observa-se um nível mais baixo de eficiência nos cuidados prestados ao recém-nascido e níveis significativamente mais elevados de *stress*. Pereira et al. (2002, cit. Batista, 2007), baseando-se nestes resultados, concluíram que estas mães

primíparas, apesar de se encontrarem mais ajustadas, apresentam uma menor sensibilidade e adaptação aos sinais comportamentais do bebé.

Do ponto de vista desenvolvimental, a gravidez está fortemente associada ao conceito de maturidade (Canacarro, 2001). Já o ponto de vista reprodutivo vai mais longe, afirmando que a maternidade e o parto representam o auge da maturidade da mulher (Portelinha, 2003), em que a própria gravidez, e sobretudo a maternidade, jogam-se no (des)equilíbrio entre estar junto, dar continuidade, proteger e estar separado, promover a descontinuidade e a autonomia, em que ter filhos é transmitir heranças diversas, desde a genética, os costumes, valores e significados mas é igualmente, num contexto de intimidade, aceitar a diferença da individualidade (Canavarro, 2001).

Enquanto as teorias psicológicas enfatizam a necessidade materna relacionada com a própria identificação e com o ser feminino, actualmente, a maternidade desvaloriza a dimensão de afirmação do feminino e enfatiza antes a existência de um projecto de maternidade (Correia, 2000). Deixando de lado a noção de que a maternidade constitui uma tarefa obrigatória para a mulher, imposta pelos padrões da sociedade e, dando espaço para que esta sinta o desejo de ser mãe, por si só, e elabore o seu projecto de maternidade. Até porque, é importante ter a noção de que o bebé não “nasce” apenas após as 40 semanas, mas sim desde que este foi pensado, nasce assim numa primeira instância, na imaginação dos pais (Biscaia & Sá, 1997), iniciando aqui toda uma adaptação e conseqüente transformação, presente não só na mulher como também no homem, pois o papel parental, tanto para a mulher como para o homem continua a ser um importante objectivo de vida (Daniluk, 1997, cit. Costa & Oliveira, 2006), assim como para toda uma família que se adapta a este novo estado/fase.

Alterações e Aspectos Psicológicos na Gravidez e Maternidade

A presença de um novo membro na família estimula e implica uma reorganização das modalidades anteriores de relacionamento no casal e a preparação dos conjugues para a tarefa conjunta da parentalidade. Implicando assim, todo um processo de tarefas desenvolvimentais a nível do casal e em última instância a nível familiar, em que este período de transição reaproxima a mulher e o homem da sua família de origem. Este movimento dá-se no passado

e no presente, reafirmando ainda mais a importância das relações familiares, para além das conjugais. O que faz com que se torne de grande importância, neste momento do desenvolvimento humano, a presença de uma rede de apoio efectiva e a qualidade das relações significativas, sendo a garantia de uma adequada adaptação a um vasto conjunto de circunstâncias de vida (Figueiredo, 2005). A gravidez pode assim ser encarada como um processo que está inerente a diversas transformações biológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais que ocorrem ininterruptamente (Campos, 2000).

Diversos autores referem o período gravítico como uma fase de transição e mudança, que conduz a um equilíbrio instável e exigente ao nível psicológico (Maldonado, 1985; Cordeiro, 1988; Colman e Colman, 1994, cit. Correia, 2005). Constituindo uma fase de mudança aos níveis: hormonal, físico, emocional, familiar e social que será, obviamente exigente em termos dos mecanismos de defesa necessários para uma melhor adaptação à mudança (Leal, 2005). Isto faz com que, para que se entendam as modificações psicológicas vivenciadas pela mulher grávida, seja também necessário entender a gravidez, como um período de “crise” complexo do desenvolvimento psicológico pelo qual se está a passar, caso contrário, essas modificações não podem ser correctamente compreendidas e valorizadas. Tornando-se portanto fundamental, nesta fase, compreender a interacção existente entre o biológico e o psicológico, assim como se deve ter em conta que esta interacção é neste período fortemente influenciada por variáveis psicossociológicas de natureza cultural, em que os valores e as crenças se tornam determinantes nesta fase de maior sensibilidade (Portelinha, 2003).

Alguns autores, como Canavarro (2001) e Colman e Colman (1994), enumeram fases de desenvolvimento psicológico pelas quais a mulher passa ao longo da gravidez, visando uma adaptação e conciliando as alterações ao nível físico e psicológico.

Estas fases têm lugar ao longo das 40 semanas de gestação em que a mulher sente a necessidade de reavaliar e reestruturar a sua própria identidade, integrando o seu novo papel, função e significado de ser mãe, reavaliando as perdas e ganhos deste novo estatuto e adequando-se às novas funções. Ajudando-a na fase de separação que culmina no momento do parto, altura em que se inicia um novo desafio, o de perceber que o bebé existe enquanto ser separado, para além da mãe, e que tem necessidades próprias.

Constando-se que quando estas fases são ultrapassadas positivamente consegue-se assim uma adequada integração da identidade parental, o que influenciará na forma como a mulher encara o seu papel como mãe e conseqüentemente no seu desempenho parental.

Percebendo-se então, a elevada importância do envolvimento materno que representa uma forma de envolvimento multidimensional e, sobretudo, de extrema intensidade, assim como, o amor materno que é complexo e ambivalente, traduzindo uma estreita união entre amor e agressividade, entre investimento do outro e investimento de si, entre reconhecer o outro como diferente e “confundir-se com ele”, o que fará com que o bebé seja objecto de diferentes modalidades afectivas, até por vezes antagónicas (Alvarez, 2001). A mulher vai ter então de rever e considerar as suas ideias, tidas até então, passando por um assumir a gravidez e por se adaptar a ela pela identificação com o papel de mãe (Portelinha, 2003).

Contudo, não só são notáveis alterações e transformações a nível psicológico como em toda a vida da mulher, no entanto, estes são factores que estão implícitos. A relação a dois dá lugar a uma relação a três, apelando necessariamente a uma reestruturação e reajustamentos psicológicos (Leal, 2005), que influenciarão a vida enquanto pessoas e enquanto casal onde o desejo e o prazer sexual também eles sofrem alterações, em que a “carga física” da gravidez, assim como os ajustes emocionais acabam por causar alguns níveis de ansiedade e stress (Portelinha, 2003). O tempo e o investimento emocional que a gravidez, e sobretudo a maternidade, implicam pode ser perspectivado como um “roubo” à relação, e a maternidade pode adquirir uma representação de perda, de determinada organização conjugal, ou seja, as mudanças, que o período gravítico acarretam, implicam perdas e ganhos. Estes estão no entanto, associados às representações que a gravidez e a maternidade comportam para cada mulher. Tornando-se bastante importante e quase que determinante a forma como a mulher percebe a gravidez e maternidade, influenciada por múltiplos factores, que condicionarão a resposta dada a todo o conjunto de transformações notadas nesta fase, tais como: a época histórica e sócio-cultural onde a mulher está inserida e os marcadores relacionais, como importantes factores desenvolvimentais. A relação entre ambos constitui uma base, um modelo, para a criação de expectativas sobre o comportamento dos outros, para a construção do conceito de si própria e para a sua própria auto-regulação emocional, tendo em conta a forma como a mãe lida com seu filho enquanto bebé e depois criança, sendo que é a principal figura de vinculação (Canavarro, 2001).

Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade

Nesta fase de transição, a mulher toma um papel fulcral, em que o suporte social se torna muito importante para um equilíbrio saudável, constituindo um apoio de representação da relação, que segundo Stern (1991) se tem revelado de grande importância, principalmente a nível das transferências inter-geracionais, tendo um elevado impacto e influência positiva sobre a forma como o mundo é lembrado, captado e vivido. Assim, através deles a mulher constrói o seu mundo, a sua forma de lidar com a vida e as suas atitudes, que de um modo geral, expressam a posição tomada por um sujeito ou grupo perante algo, ou seja, referem-se a experiências subjectivas, que se traduzem, na forma de agir e pensar dos indivíduos, a partir das suas crenças e valores individuais ou grupais (Couto in Ribeiro, 1997).

Esta posição adoptada por cada indivíduo, é construída ao longo de uma vida e pode ser alterada. Para tal, diversos factores contribuem, sendo de destacar os factores históricos e socioculturais de uma dada sociedade, ou seja, a época histórica e a organização sociocultural em que cada sujeito, neste caso, a mulher específica está inserida, exercendo elevada importância e influência na forma de perceber a gravidez e a maternidade (Canavarro, 2001). Pode-se, encarar a atitude como parte da história de vida de cada um, alterando-se tendo em conta o sujeito e as experiências vividas pelo mesmo (Couto in Ribeiro, 1997).

Reflexo disso, é a atitude que a mulher tem ostentado, perante o processo gravítico e a importância que lhe atribui, que tem vindo a ser alterada ao longo dos tempos, até porque a gravidez constitui um momento evolutivo fundamental do desenvolvimento da identidade feminina, é uma situação relacional, uma situação de encontro em que as relações significativas ao longo da vida, influenciam e têm um peso acrescido na construção de representações nesta fase de transição, que se desenvolve habitualmente no contexto familiar tendo em conta o seu enquadramento (Couto in Ribeiro, 1997; Canavarro, 2001; Nascimento, 2003; Barros, 2006).

Porém, na sociedade actual, o acto de ser mãe é cada vez menos inserido socialmente, sendo que os rituais de inserção na comunidade rareiam. Jogando-se na maternidade toda a problemática entre natureza e cultura, em que a posição tomada pela mulher desenvolve-se como charneira na transposição entre estes dois mundos. Dando assim origem a um rosto multifacetado, em que se torna necessário repensar estas várias faces como questões éticas de modelo de sociedade.

Falar de maternidade está implícito falar-se de sociedade, contudo romperam-se as antigas estruturas do parentesco e a teia social envolvente, havendo a passagem da figura mulher-mãe no imaginário colectivo para as figuras actuais da mulher como mãe, feita de muitas ausências, partidas e chegadas (Luis, 1992; Correia, 2000). Observa-se uma “perda” no papel parental, na família actual, ocidental, o contacto, as vivências e a proximidade com mulheres mais velhas, como: as mães, as avós, as tias, as vizinhas, portadoras e transmissoras de um envolvimento e sabedoria provenientes da própria experiência. Optam, actualmente, por se restringirem numa esfera de privacidade e intimidade. Passando de uma família tradicional, que até aí se baseava em laços de heranças e de legados, para uma estrutura construída em laços de amor e afecto, em que as aprendizagens são conseguidas através da crescente facilidade de acesso e obtenção de informação (Nascimento, 2003).

Mendes (1995, cit. Barros, 2006), enuncia duas vertentes distintas a propósito da atitude da mulher perante a gravidez. Uma vertente positiva, que engloba o significado da gravidez tanto para a mulher como para a sociedade, e uma vertente negativa associada aos riscos da gravidez, ao medo perante a possibilidade de ter um filho com deficiência, do sofrimento, das mudanças do estilo de vida, medo do nado-morto, do parto, medo sobretudo do desconhecido que daí advém.

Contudo, segundo Couto (in Ribeiro, 1997), as atitudes perante as crenças relativas à gravidez, determinam comportamentos nem sempre consonantes. Dos 45% de grávidas, em estudo, que referiram não acreditar nos conteúdos das crenças, 20% manifestaram que passaram a assumir comportamentos de acordo com o conteúdo delas. Porém, assume-se que certos comportamentos tomados resultam de receio, gerado a partir das crenças e não, por simplesmente acreditarem, no conteúdo das mesmas.

A parentalidade é, assim, um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva, permitindo que dois adultos sejam capazes de responder às necessidades físicas, afectivas e psíquicas do(s) seu(s) filho(s) (Bayle in Leal, 2005). Todavia ter um filho, por si só, pode não ser sinónimo de felicidade, pois as circunstâncias em que se tem o bebé influenciam o sentimento tido perante o acontecimento (Paixão, 1992). Ao que Vaughn et al. (2006), afirmam que a presença segura de modelos é uma base estável nas representações maternas, e que influenciarão nos sentimentos e expectativas perante o acontecimento. Porém, segundo os estudos de Berkowitz e Kasl, na década de oitenta, existe uma relação entre atitudes negativas face à gravidez e à maternidade, nomeadamente uma tendência para a

negação, bem como a recusa na procura ou aceitação de cuidados médicos, e as elevadas taxas de nascimentos prematuros (Botelho, 1999).

Ammaniti (1991), por sua vez, ilustra a partir do ponto de vista clínico, a dinâmica mental durante a gravidez e a influência existente entre as representações maternas neste período com a subsequente relação materno-infantil e o estilo de relação no 1º ano de vida. É através das expectativas criadas sobre o bebé, ainda no período pré-natal, que a relação entre a mãe e o seu filho é criada, estabelecendo-se assim a interacção entre ambos. A criação e elaboração de expectativas surgem a partir do próprio mundo interno da gestante, das suas relações passadas e das suas necessidades conscientes e inconscientes relacionadas com aquele ser, que se tornam bastante importantes, “dando uma identidade” ao bebé, mesmo que num primeiro momento sejam imaginárias. Porém, pode pensar-se que imaginar, interagir, acreditar e preocupar-se são atitudes que revelam o estabelecimento de uma relação próxima e um vínculo com o bebé, permitindo que este se torne mais presente e “real”.

As expectativas mais frequentes criadas em torno de uma gravidez, são acerca do género do bebé, do nome, das características psicológicas, da interacção mãe-bebé e da saúde do progenitor. O bebé é investido de desejos e fantasias por parte da mãe para começar a existir enquanto ser humano (Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004; Bayle in Leal, 2005). Levando a que o nascimento do projecto de bebé preceda a sua própria concepção, desenvolvendo-se num contexto a três, a mãe, o pai e o bebé. Constituído um acto em que os pais se posicionam e projectam, motivações conscientes e inconscientes como a eternidade do seu amor, o perpetuar da espécie, a longevidade da família, a vinculação de normas culturais e familiares e a história individual e inter-geracional.

Os pais mantêm, ainda, a esperança de que o filho seja um pouco como eles próprios, como a sua forma de ser, agir e pensar, dando-lhes continuidade e, na altura do nascimento os pais têm a possibilidade de reviver a sua própria história (Bayle in Leal, 2005).

Contudo, a literatura aponta repercussões tanto positivas quanto negativas, em relação a estas expectativas e projecções criadas em torno da criança mesmo antes do seu nascimento. Tal como é demonstrado por Stoléru, Grinshpoun e Moralés-Huet (1995), que defendem, as atitudes das mulheres grávidas, como preditores significativos da proximidade física da interacção mãe-bebé após o nascimento. Transmitindo um carácter importante e adaptativo e não constituindo qualquer tipo de preocupação. Enquanto que Piccinini, Gomes, Moreira e Lopes (2004), referem que esta criação de expectativas em torno do bebé, pode dar origem a alguma resistência em dar espaço ao bebé para que este assuma a sua própria identidade,

havendo maior dificuldade, por parte da mãe, em aceitar a sua singularidade e de perceber onde começa o bebé real e onde termina o bebé imaginado.

Admitindo-se assim que a elaboração de expectativas pode ser inserida em polos distintos, positivo e negativo, visível cada vez mais no contexto social actual, em que ter filho(s), tornou-se um acto cada vez menos frequente, por isso toma um papel cada vez mais complicado, dando origem a sentimentos extremistas, em que por um lado um filho é um bem precioso e que busca a perfeição. Por outro lado, para algumas mães a maternidade pode ser vivida com um certo pânico, sobretudo quando não há um sistema de apoio na sua relação com o bebé (Bayle in Leal, 2005).

Gravidez Tardia

A gravidez ao longo dos tempos tem deixado de ser um tempo e um lugar de intimidade e retorno a qualquer essência feminina. Deixa de ser tido como um assunto de mulheres, uma experiência partilhada, uma narrativa de acontecimentos pessoais, recomendações, conselhos, formas de estar e de fazer. Passando a ser visto como um assunto íntimo do casal, fruto de um projecto de maternidade, que tem ganho um maior distanciamento das normas impostas pela sociedade vistas com ideais e limitativas no tempo e no espaço. Um tema até outrora inscrito com naturalidade no ciclo de vida, dá lugar a um período super-investido, de reflexão, sendo uma fase cada vez mais rara e tardia no ciclo de vida da mulher.

Reflexo disso, é que famílias extensas são raras, levando a que o contacto entre gerações seja escasso, assim como o contacto que as mulheres têm com e sobre bebés é livresco, fílmico e quase sempre distanciado (Leal, 2005).

Para este adiamento da parentalidade na vida do casal, em muito tem contribuído o controlo por parte do ser humano perante a reprodução e sexualidade, que segundo os testemunhos deixados ao longo dos tempos, esta era uma preocupação tida desde sempre.

Distinguindo-se estes dois conceitos devido à preocupação demonstrada em “dar” ao ser humano, nomeadamente à mulher, um maior controlo sobre o corpo, facilitando a decisão, se e quando ser mãe. Tal feito, foi conseguido através do “aparecimento” e conseqüente acesso aos métodos contraceptivos, situação que já em tempos era merecedora de investigação, tal como se pode verificar com a existência de papiros que descrevem métodos anticoncepcionais

e abortivos, dando-nos conta que desde a Antiguidade a mulher sempre desejou ter algum controlo sobre a reprodução.

Na nossa civilização, foi na Era Moderna que o desenvolvimento da ciência permitiu o acesso aos métodos conceptionais, democratizados posteriormente pelos meios políticos e industriais. (Canavarro, 2001).

Com todos estes avanços da ciência e tecnologia, assim como políticos e religiosos, consequentemente, têm originado alterações a nível cultural e civilizacional, permitindo que a mulher tenha vindo a estabelecer novos arranjos de prioridades. Assim, para a mulher ser mãe deixou de ser a única opção de vida, deixando de ser a única condição para lhe dar sentido, disseminando-se em diferentes e mais variadas esferas.

A mulher é mencionada por Botelho (2003), como um ser sucessivamente potenciado, que começa a assumir-se como indivíduos na praça pública, assistindo-se a uma participação crescente nos domínios civilizacionais, sociais e culturais. Desenvolvendo, cada vez mais, um papel activo e autónomo, com profissão, salário, direito a voto e uma relativa autonomia de decisão sobre a sua vida e a sua actividade sexual.

São então alguns dos factores, entre outros, apontados por diversos autores que justificam, o adiamento da maternidade e que consequentemente dão origem a novos arranjos familiares, com significativa mudança nas relações entre homens e mulheres, com a separação entre papeis conjugais e papeis parentais. São também estes factores que fazem com que a idade com que se chega a adulto seja adiada e consequentemente o planeamento familiar é tido como um plano cada vez mais tardio.

De referir ainda, as crescentes modificações perante a visão e o pensamento, por parte da sociedade, sobre a sexualização da cultura, o que remete para um desenvolvimento social subjacente às mesmas. Factor que também ele contribui para a condução da nossa sociedade a um tipo de organização familiar cada vez mais restritivo, tendo como consequência, um afastamento do fenómeno da maternidade (Justo, 2000; Moraes, 2001; Gomes & Resende, 2004; Batista, 2007). Longe ficaram os tempos em que as grávidas tardias, nomeadamente primíparas, eram vistas socialmente, como mulheres que tinham mais dificuldades. Fazendo com que surgissem sentimentos como o medo de engravidarem tardiamente, o que acabava por influenciar e levar ao evitando deste acontecimento a partir de uma determinada altura do ciclo da vida (Batista, 2007).

A gravidez tardia é associada a uma gravidez de alto risco, contudo, o que é considerado de alto risco em termos médicos, pode não ser considerado em termos psicológicos.

Leal e Correia (1990 cit. Batista, 2007), descrevem o alto risco médico associado à maior probabilidade ou incidência de patologia de qualquer tipo durante o período de gravidez na mãe e/ou criança, bem como o tipo de parto a realizar. Enquanto que o alto risco psicológico pode ser definido em função do desejo da grávida, das fantasias, bem como da vivência da mulher e da sua gravidez contextualizada.

Porém, segundo Costa (2003), admite-se que uma gravidez mais tarde implica uma série de controvérsias, tendo em conta que quanto mais a mulher adia a tarefa reprodutiva, maior é a probabilidade de se envolver em actividades “alternativas” aos papéis familiares e que acabam por consumir o seu tempo e energia. Maior é a probabilidade de um dos membros do casal já ter terminado o seu período reprodutivo, podendo deparar-se com uma situação de esterilidade, que tende a aumentar com a idade. O casal estará e pode sentir-se “fora do tempo” relativamente aos seus pares, evidenciando um desfazamento da fase em que se encontra, e estando dessincronizados, pois iniciam uma série de constrangimentos já ultrapassados pela maior parte dos seus pares, o que se pode ressentir no apoio e aconselhamento no processo de concepção. Podendo ainda estar presente uma componente biológico-social, em que há um aumento da preocupação, que aumenta com a idade, relativamente ao facto de o casal pensar que não terá tempo suficiente e energia para acompanhar o desenvolvimento e crescimento do filho, até porque a probabilidade de vir a ter mais filhos diminui grandemente, ou seja, ter filhos mais tarde também significa ter menos filhos, não só pela limitação biológica, mas também porque quanto mais é adiado um nascimento maior é a probabilidade de o casal rever os seus objectivos de fecundidade em função dos factores expostos.

Do ponto de vista médico defende-se que o risco está presente tanto para a progenitora como para o bebé, e que aumenta a partir dos 35 anos, tornando-se consideravelmente maior após os 40. Os múltiplos factores de alto risco podem estar presentes para a mãe; o aumento da probabilidade de hemorragias obstétricas, de embolia, de prematuridade, maior risco de uma intervenção cirúrgica associada ao parto (cesariana) e de desenvolvimento de toxemia ou de disfunções como hipertensão, sendo esta apontada como uma das causas de morte materna (Andrade, 2002, cit. Costa, 2004). As taxas de perda fetal espontânea, assim como o aparecimento de anormalidades cromossómicas e congénitas são também mais elevadas aquando a idade materna é mais tardia (Spira et al., 1993, cit. Costa, 2004). Assim como, problemas cardíacos, hipertiroidismo e problemas imunológicos, aumento do número de

nados-mortos, tal como uma maior incidência da mortalidade infantil, são observados (Gustafsson, 2001, cit. Costa 2004). De enunciar ainda, maior probabilidade da existência de dificuldades no parto e elevado risco de intervenção cirúrgica, recorrendo-se a um maior número de vezes à cesariana. Aparecimento de diabetes gestacional, aumento das alterações cardiovasculares (associadas à pré-eclampsia e com conseqüente aumento de casos de sofrimento fetal), aumento de casos de apresentação não cefálica, diminuição das forças expulsivas e morte materna em que a probabilidade se torna mais elevada com o aumento da idade materna.

Associado ainda à fecundidade tardia encontra-se também uma elevada probabilidade de o bebé apresentar baixo peso à nascença e nascer prematuramente, sendo que estas crianças durante a sua infância têm uma maior predisposição para o desenvolvimento de problemas a nível do desenvolvimento motor, disfunções visual-perceptivas, problemas de atenção e uma maior incidência da diabetes tipo I, para além de que, por esta altura a gravidez assume uma perspectiva sócio-demográfica diferente, visto que envolve um adiamento programado, já que tal o é possível, ou não, num projecto de maternidade (Costa, 2003).

Contudo, as mulheres com mais de 35 anos, tendo em conta que na maioria dos casos a gravidez é planeada, conseguem mais facilmente antecipar as conseqüências advindas da gravidez/maternidade. Visto que esta fase vai requerer todo um processo de reajustamentos a diversos níveis, e que ao planearem a gravidez irão desfrutar dos benefícios de um sistema bem suportado, ao contrário do que acontece aquando de uma gravidez fruto do acaso.

Estas mães tardias são descritas como mulheres que têm por hábito o controle da sua vida, são mulheres que têm a sua independência/autonomia, são resilientes, optimistas, confiantes e estáveis, que gerem a sua própria vida e que têm uma maior liberdade nas tomadas de decisão. De uma forma geral são mulheres cultas, desprendidas de imposições sociais e são mais informadas. A nível interpessoal, demonstram-se amigáveis, afectuosas, extrovertidas, alegres, tolerantes, altruistas e bem-adaptadas do ponto de vista social, onde mantêm relações interpessoais em quantidade e em intensidade. A nível pessoal apresentam-se como mulheres imaginativas, sensíveis, emocionais, empáticas, tolerantes, inconformistas, de espírito aberto e com curiosidade intelectual. São mulheres com uma maior disponibilidade económica, profissional e conjugal, caracterizadas como, muito femininas e extremamente maternas, considerando-se no entanto que, são significativamente mais maternas do que femininas (Batista, 2007). Factores e características que desempenham um importante papel na decisão de adiamento da maternidade, e na forma como é encarada por estas mulheres.

ANSIEDADE, DEPRESSÃO E *STRESS*

Como seres humanos, estamos em permanente mudança e conseqüentemente é sentida uma constante necessidade de adaptação, visto que o ser humano, cada vez mais, se vê diante de situações de transição, às quais se precisa de adaptar. Esta transição é a mudança produzida por qualquer acontecimento a nível das rotinas, dos papéis do indivíduo e dos relacionamentos, situações estas que acabam por ser geradoras de *stress*, ansiedade e/ou depressão.

A ansiedade é o conjunto de reacções originadas pela antecipação de ameaças ou perigos reais ou imaginários (Oliveira & Costa, 2006), reacções essas que se traduzem sintomatologicamente, por: palpitações, batimentos cardíacos ou ritmo cardíaco acelerado, suores, estremecimentos ou tremores, dificuldade em respirar, sensação de sufoco, desconforto ou dor no peito, náuseas ou mal estar abdominal, sensação de tontura, de desequilíbrio, de cabeça vazia ou de desmaio, desrealização, ou despersonalização, medo de perder o controlo ou de enlouquecer, medo de morrer, parestesias e/ou sensação de frio e/ou calor (Francês & Ross, 2004).

O *stress*, segundo Ballone (2005, cit. Oliveira & Costa, 2006), do ponto de vista psíquico, traduz-se em ansiedade, sendo que o estímulo para a ansiedade depende mais da sensibilidade da pessoa do que do estímulo em si. Porém, para a compreensão do processo de *stress* importa considerar se as circunstâncias que a pessoa avalia são indutoras desse estado, o que remete para a avaliação cognitiva e, sendo este um processo subjectivo pode clarificar os diferentes modos de reacções das pessoas a uma mesma situação, fazendo da capacidade de controlo dos acontecimentos possíveis conseqüências e recursos ao dispor de mobilização de cada um (Canavarro & Pedrosa, 2005).

Segundo Aaron Beck (1976, 1985, cit. Joyce, 2002), é importante salientar a distinção entre medo e ansiedade, sendo que o primeiro é referido como um processo interpretativo sobre a realidade do perigo, podendo ser despoletado por uma estimulação concreta (no presente) ou imaginária (de algo futuro). O segundo constitui uma reacção emocional que acompanha essa interpretação, sendo experimentada quando se dá uma activação do medo. A ansiedade como sensação de inquietude e apreensão pode ser considerada como uma reacção natural e adaptativa, funcionando muitas vezes como sinal de alerta perfeitamente adaptado a determinada situação. No entanto, pode ser sentida de um modo excessivo, de longa durabilidade no tempo ou até mesmo surgir quando o indivíduo fica ansioso acerca de coisas

ou situações que normalmente não causariam este tipo de sintomatologia, ou ainda quando a reacção é tão intensa que interfere com o comportamento adaptativo, podendo nestes casos seguir repercussões negativas para o indivíduo, uma vez que pode limitar ou impossibilitar a capacidade de adaptação (Paulos, 2006).

Por sua vez, ao se falar de depressão é importante salientar a diferença entre indivíduo deprimido e indivíduo depressivo, em que o primeiro apresenta uma depressão clínica, manifesta, com sintomas evidentes; o segundo, sem sintomatologia franca de depressão, mas arrastando uma verdadeira depressão latente, mais ou menos encoberta por mecanismos antidepressores (Matos, 2001). A combinação de sintomas encontrados na depressão afecta o sujeito a vários níveis de seu funcionamento em termos cognitivos, comportamentais, afectivos e somáticos (Marcotte, Fortin, Potvin & Papillon, 2002, cit. Paulos, 2006).

Esta sintomatologia pode ser sentida em diversas alturas da vida do ser humano, havendo porém, consensualidade quanto à existência de uma maior probabilidade de surgir sintomatologia psicopatológica de tipo ansioso ou depressivo no período gravítico.

Ansiedade, Depressão e *Stress* na Gravidez

Tal como comprovam estudos recentes, na maternidade existe este “lado negativo”, tal como, a elevada probabilidade de emergir sintomatologia negativa (depressão, ansiedade e stress), ligeira ou moderada (Field, Diego & Reif, 2006; Carvalho & Loureiro, 2006; Geller, 2004, cit. Figueiredo, 2005).

Na medida em que as mudanças e a transição, são fontes e geradoras deste tipo de sintomatologia, é então, importante perceber o que se passa ao longo das 40 semanas de gestação, altura em que a mulher vai ter de efectuar diversas mudanças e adaptações, nessa fase de transição da sua vida, de acordo com a sua nova condição corporal, psicológica, familiar e social, que advêm da passagem da gravidez para a maternidade. A gravidez, o nascimento e o puerpério são períodos vitais não só para o estabelecimento do desenvolvimento do novo ser, como também desencadeiam a estruturação do vínculo entre mãe e filho. Considerando-se assim, a gravidez como um período crítico, de numerosas alterações e com os necessários ajustes emocionais que implicam, por si só, a presença natural de um certo grau de ansiedade e stress. Não sendo esta situação de admirar, tendo em conta as

exigências impostas no processo gravítico (Conde & Figueiredo, 2003; Portelinha, 2003; Carvalho & Loureiro, 2006).

Esta sintomatologia, porém, vai sofrendo oscilações e alterações ao longo dos três trimestres de gestação, estando associada a diferentes aspectos que vão demarcando cada período. O período gravítico é um período particular para cada mulher, que pode ser um tempo experienciado com elevada energia e bem-estar ou, até pelo contrário, demarcado por um mal-estar geral, podendo a idade da gestante, o estado civil, os recursos económicos, os objectivos de carreira, os valores pessoais e as expectativas criadas em torno da maternidade, influenciar o seu estado emocional (Mcintyre, Carvalho & Milhazes, 1997).

Boss (2002, cit. Canavarro & Pedrosa, 2005), define *stress* familiar como “pressão ou tensão sobre o sistema familiar - uma perturbação do funcionamento da família” (p. 247), sendo que na sua perspectiva este “tipo” de *stress* é mediado por dois contextos: interno e externo. Em que no primeiro a família exerce controlo, sendo composto por elementos que podem ser modificados e controlados pela mesma. Enquanto que no segundo contexto, esse controlo não existe, pois são componentes sobre os quais a família não tem controlo, tais como o contexto cultural, económico e histórico em que particularmente a família se situa, porém, exerce uma forte influência no modo como percebe e lida com as mudanças com que se depara.

O elevado *stress* que se faz sentir por esta altura é patenteado tanto na mãe como no pai, altura em que experienciam uma maior “pressão” e uma maior vulnerabilidade psicológica ao longo do processo conjugal (Vaz & Machado in Trindade, Correia & Teixeira, 2006). Este é considerado um evento normativo, isto é, comum à maioria das famílias que aquando de uma adaptação conseguida e manutenção do *stress* em níveis toleráveis, fazendo o uso de estratégias de *coping* adequadas, à posteriori, a sua duração temporal é limitada. Porém, caso esta adaptação não se dê, o *stress* familiar poderá resultar por vezes em crise, ou seja, dar origem a uma perturbação do equilíbrio da família, podendo surgir diversas dificuldades a nível da concretização dos papéis e tarefas habituais, assim como os membros da família não atingirem níveis óptimos de funcionamento, quer fisiológico quer psicológico. Os processos de *stress* e de resolução de problemas, estão assim, intrinsecamente associados à questão da percepção de controlo, referida por Boss, que se torna de grande importância para a compreensão do ajustamento ou inadaptação do ser humano (Canavarro & Pedrosa, 2005)

A depressão materna, por sua vez, segundo vários estudos sugerem, é mais incidente antes do que depois do nascimento (e.g. Buckwalter et al., 1999, Evans et al., 2001, Delmore-Ko et al., 2003, cit. Gomez & Leal, 2006), caracterizando-se principalmente, pela presença de sentimentos de incapacidade e inadequação. As mães que se encontram deprimidas evidenciam sentimentos como: tristeza, abatimento, solidão, sentimento de vazio, ansiedade, irritabilidade, fadiga, crises de choro, perturbações de sono, desânimo, labilidade de humor, medos hipocondríacos, queixas somáticas, auto-desvalorização, baixa auto-estima e ainda uma elevada necessidade de estar só, levando a que se isole mais frequentemente, perdendo o desinteresse pela relação.

Segundo o modelo teórico, apresentado sobre o comportamento parental, no caso da depressão, verifica-se que estas mulheres enfrentam diversas preocupações e dificuldades, em virtude da depressão que sofrem. Dando origem ao estabelecimento de uma relação de proximidade e exclusividade da mãe para com o bebé, a fim de conseguir resolver e atenuar as suas preocupações. Estas mães apresentam num momento inicial uma de duas características: o desejo de ser mãe e a indisponibilidade, no entanto, apesar de características distintas, estas mães apresentam o mesmo tipo de padrão comportamental. O desejo de ser mãe surge do sentimento de vazio, havendo a necessidade de preencher ou colmatar as necessidades de afecto, da falha narcísica destas mães, que acabam por ver nas crianças a sua razão de existir e vontade de viver, passando assim a viver num mundo seu e de exclusividade, não havendo lugar para terceiros. Ao que se verificou que quanto mais elevado o desejo, maior é a proximidade e exclusividade.

A indisponibilidade, varia de mãe para mãe tendo em conta a idealização realizada em torno do nascimento e maternidade, assim como, a gravidade da depressão. Observando-se que as mães com elevadas expectativas e cuja depressão era mais grave e arrastada no tempo, revelaram maiores índices de indisponibilidade para com a criança, encontrando-se mais virada para si e desinvestindo na relação.

Contudo, em ambos os casos é notório que a maternidade se torne uma tarefa bem mais complicada e difícil, dificultando a adaptação ao bebé, na relação estabelecida e consequentemente sentindo dificuldades em o perceber, acabando por não lhe responder adequadamente e não conseguindo assim acalmar a criança. Acontecimentos que levam a que estas mães sintam que não são umas mães suficientemente boas, surgindo na sequência sentimentos de culpa, por não amar ou não cuidar o suficiente do bebé, causando ansiedade e exacerbando uma preocupação com a alimentação, entre outros sentimentos evidenciados pela depressão materna (Francisco, Pires, Pingo, Henriques, Esteves & Valada, 2007).

A depressão materna constitui assim, uma situação de risco para a mãe e criança, visto que as mães deprimidas ao estarem mais voltadas para si próprias, acabam por não estar disponíveis para o bebé e para o estabelecimento relação com o mesmo, caracterizando-se por um fraco envolvimento emocional, culpabilidade, hostilidade, ressentimento e comunicação de afectos negativos (Francisco et al., 2007).

Existem porem, factores desencadeantes que podem influenciar e alterar, particularmente o estado de humor da gestante, como: factores obstétricos e da história reprodutiva, antecedentes psicopatológicos e factores psicossociais e redes de suporte social e familiar (Conde & Figueiredo, 2003). A idade da gestante, que segundo estudos demonstram, o *stress* e a prevalência dos transtornos de humor são influenciados e aumentam progressivamente com a idade (Sordes-Ader, Esparbés-Pistre, Lacoste, Lamia & Tap, 1997, cit. Costa & Oliveira, 2006; Soares, Freitas & Silva, 1998). O medo quanto ao desenrolar da gravidez e perante as responsabilidades futuras e crenças relativamente ao filho (Portelinha, 2003; Carvalho & Loureiro, 2006). As expectativas criadas em torno do parto (Barros, 2006), a qualidade da relação da mulher com a sua própria mãe, nos momentos que se seguem ao parto, assim como a qualidade da relação do homem com os seus progenitores, interferindo no bem-estar psicológico, em momentos relacionados com a paternidade/maternidade (Figueiredo, 2005, cit. Matthey et al., 2000) ou quando as necessárias aquisições desenvolvimentais não se deram ao longo da gravidez, dando origem a que o parto possa constituir um momento mais difícil, na medida em que confronta a mulher, o homem e a família com uma realidade para a qual não estão preparados (Figueiredo, 2005), surgindo de um modo geral medo de tudo aquilo que é possível, no entanto, ainda é desconhecido (Barros, 2006).

Perante investigações neste campo, autores alertam para a possibilidade de que muitas mulheres que desenvolvem depressão pós-parto, poderão já se encontrar deprimidas na gravidez, podendo assim haver uma interligação entre ambas (Figueiredo, 2005), tal como, promover o reconhecimento e a gestão da ansiedade, durante a gravidez, pode ser muito importante para a prevenção de depressão pós-parto (Suter- Dallay, Giaccone-Marcésche, Glatigny-Dallay & Verdoux, 2004). O que justifica que esta sintomatologia seja identificada tão precocemente quanto possível (Field, Diego & Reif, 2006; Carvalho & Loureiro, 2006; Figueiredo, 2005), até porque, aquando da dificuldade de lidar com esta sintomatologia são afectadas diversas áreas, tanto ao nível da gestação, para a mãe (Tapio Kurki et al., 2000),

como para o bebé, ao longo das 40 semanas de gestação (Lundy et al., 1999; Tony et al., 2001, Dayan et al., 2002; Field, Diego & Reif, 2005, 2006), assim como após o nascimento, altura em que se verificam alterações no comportamento do bebé (Francisco et al., 2007) e interacção mãe-bebé. Estudos longitudinais demonstram, haver consequências, em que sequelas graves podem ser observadas em diferentes áreas do desenvolvimento da criança, em que tais consequências adversas subsistem e são ainda visíveis na idade escolar (Figueiredo, 2005; Goodman & Gotlib, 1999 cit. Francisco et al., 2007).

Parecendo assim, justificada a elevada necessidade de encontrar e implementar medidas que actuem sobre a redução e remissão de sintomas, enquanto medida fundamental para garantir a prestação de cuidados adequados e diminuição da morbilidade associada a este período de vida (Conde & Figueiredo, 2003).

Perante estes dados sobre a primiparidade tardia, como um acontecimento cada vez mais comum na nossa sociedade, e sobre a elevada probabilidade da emergencia de sintomatologia como a ansiedade, depressão e *stress*, ao longo das 40 semanas de gestação tendo repercussões tanto para a grávida como para o bebé, surgem algumas questões na tentativa de perceber em que medida é que a idade da grávida tem influência sobre a dimensão de sintomatologia e atitudes sobre a gravidez e maternidade .

Este estudo tem assim como principal objectivo a avaliação da relação entre a presença de sintomatologia negativa: depressão, ansiedade e *stress*, assim como as atitudes sobre a gravidez e maternidade com a idade das primíparas, nomeadamente primíparas tardias comparativamente com um grupo não tardio, tendo em conta os limiares descritos em termos obstétrico.

MÉTODO

Delineamento

O presente estudo tem como princípio de base um estudo exploratório, transversal e de comparação de grupos para fins de elaboração de uma Tese Monográfica. Para tal, assumimos um número total de 60 participantes. O objectivo deste estudo é perceber se existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ao nível da dimensão de sintomatologia e atitudes sobre a gravidez e maternidade.

Material

O Protocolo de Avaliação de cada participante era constituído por: EADS- 21-Escala de Ansiedade, Depressão e Stress; EAGM- Escala de Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade e o Questionário de Caracterização Sócio-demográfica.

Questionário de Caracterização Sócio-demográfica

A fim da obtenção de dados de caracterização da amostra, foi elaborado um questionário para o efeito específico da recolha de dados da gestante, com base na literatura. Este Questionário de Caracterização Socio-demográfica (Anexo IV) foi construído sobre três eixos principais: os dados pessoais da gestante, dados sobre a gravidez e dados sobre o bebé.

Numa primeira instância a recolha dos dados pessoais recai sobre: nome, idade e localidade, as suas habilitações literárias e a sua situação profissional assim com o seu estado civil e com quem a grávida co-habita, tal como a sua saúde em termos gerais, ou seja, a existência de doenças.

Por sua vez o segundo eixo refere-se: às semanas de gestação, ao tipo de gravidez, assim como à data prevista para o parto, procurando saber se foi uma gravidez planeada e se é desejada, tais como as reacções da própria à gravidez, do pai da criança e da família

circundante e por fim interroga sobre a existência de doenças hereditárias que possam afectar o bebé.

O último eixo, centra-se sobre o bebé, nomeadamente, no género, no nome escolhido, quem o escolheu e qual o seu significado.

Na sua globalidade o questionário é constituído por 22 perguntas elaboradas de forma curta e de fácil percepção, que de um modo geral são de resposta fechada.

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

A “EADS-21 - Escala de Ansiedade, Depressão e Stress” (Anexo V), foi validada para a população portuguesa por: Ribeiro, Honrado e Leal (2004), é a versão reduzida de EADS-42, validada pelos mesmos autores a partir da escala *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS) de Lovibond e Lovibond (1995), que tem como base o modelo tripartido, proposto por Clark e Watson (1991), em que os sintomas de ansiedade e depressão se agrupam em três estruturas básicas. Este modelo da ansiedade e depressão explica as características que se sobrepõem e as que se distinguem nestes estados emocionais, apontando três factores: afectividade negativa, que agrupa características pertencentes à ansiedade e depressão e que são responsáveis pela forte associação entre estas duas medidas, tais como; insónia, desconforto, irritabilidade e dificuldades de concentração; ausência de afecto positivo e anedonia comum à depressão, e hiperestimulação fisiológica (hiperactividade) e tensão somática, comum à ansiedade (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Lovibond e Lovibond (1995), desenvolveram uma escala que, teoricamente, se propunha a cobrir a totalidade dos sintomas de ansiedade e depressão que fornecesse uma discriminação máxima entre este dois construtos, surgindo através da análise factorial um novo factor, denominado de *Stress*, que incluía itens menos discriminativos dos dois factores iniciais, referindo-se a dificuldades em relaxar, tensão nervosa, irritabilidade e agitação (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

A escala EADS-21 a ser aplicada, é constituída por três sub-escalas: Depressão, Ansiedade e Stress, cada uma constituída por sete itens perfazendo o total de 21 itens.

A sub-escala de depressão ($\alpha = 0,85$), avalia sintomas, como: inércia (dois itens); anedonia (dois itens); disforia (dois itens); falta de interesse/envolvimento (dois itens); auto-depreciação (dois itens); desvalorização da vida (dois itens) e desânimo (dois itens). A sub-escala de ansiedade ($\alpha = 0,74$), avalia: a excitação do sistema nervoso autónomo (cinco itens); efeitos músculo-esqueléticos (dois itens); ansiedade situacional (três itens) e

experiências subjectivas de ansiedade (quatro itens). Enquanto que, a sub-escala de *stress* ($\alpha = 0,81$), avalia: dificuldade em relaxar (três itens); excitação nervosa (dois itens); facilmente agitado/chateado (três itens); irritabilidade/reacção exagerada (três itens) e impaciência (três itens).

Cada item consiste numa frase, uma afirmação, que remete para sintomas emocionais negativos. Pedindo-se ao sujeito para que indique se aquela afirmação se aplicou a si e qual a sua frequência “durante a última semana”. A resposta é dada numa escala tipo de Likert, contendo quatro possibilidades de resposta, numa escala de 0 a 3, em que 0 corresponde a “não se aplicou nada a mim”, 1 “aplicou-se a mim algumas vezes”, 2 “aplicou-se a mim muitas vezes” e 3 “aplicou-se a mim a maior parte do tempo”. (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Escala de Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade (EAGM)

A “EAGM - Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade” (Anexo VI), utilizada neste estudo foi construída e validada por; Xavier, Paul e Sousa. O desenvolvimento desta escala teve início no ano de 1996 inserido num projecto sobre a gravidez e o desenvolvimento dos primeiros tempos de vida de um grupo de crianças. O processo de construção foi realizado em diversas fases; partindo da revisão bibliográfica, da experiência profissional dos autores e de uma série de entrevistas não estruturadas a mulheres grávidas, procedendo-se à elaboração dos itens e conseqüente estudo das qualidades psicométricas da escala.

O EAGM é constituído por 42 questões de auto-relato, constituídas por 7 sub-escalas que abordam diferentes dimensões do processo gravítico, a sub-escala “gravidez como factor de mudança/crescimento pessoal” ($\alpha = 0,75$), procura explorar a forma como cada mulher vivência o período da gravidez, as alterações na sua vida mental e dos seus papéis sociais, a sub-escala “Boa mãe” ($\alpha = 0,72$), que tem em conta como a mulher se vê como mãe e sobre as suas crenças enquanto tal tendo presente o ideal de mãe, durante os nove meses da gravidez a mulher grávida imagina o seu bebé, antecipando situações em que lhe presta os cuidados necessários, bem como os maiores carinhos, constituindo assim mais uma sub-escala “O filho imaginado” ($\alpha = 0,76$). Os itens da sub-escala “Aspectos difíceis da gravidez/maternidade” ($\alpha = 0,71$), procuram recolher informação sobre a forma como vivência os aspectos considerados mais difíceis no processo gravítico. Havendo a noção de que este é um período importante no relacionamento de um casal, sendo comuns a presença de sentimentos como a dependência, o abandono e as preocupações com a ajuda e compreensão que lhes será disponibilizada na presença de necessidades por vezes vistas como irracionais ou despropositadas. Os itens da

sub-escalas “Apoio do marido/companheiro” ($\alpha = 0,68$), estão relacionados com os sentimentos e a forma como a mulher vive a sua relação nesta fase. A sub-escala “Relação com a mãe” ($\alpha = 0,69$), procura analisar a forma como a grávida está a viver a relação com a sua mãe, visto que é habitual que as mulheres reavaliem o tipo de relacionamento que tiveram com as suas próprias mães, decidindo ser diferente ou reproduzir a sua actuação. Outra dimensão importante de todo este processo são as mudanças físicas que ocorrem nesta fase e que estão estreitamente ligadas às mudanças psicológicas e a forma como a mulher grávida lida com todas essas alterações procura ser analisada na sub-escala “imagem corporal” ($\alpha = 0,58$).

A resposta é dada numa escala tipo de Likert, contendo quatro possibilidades de resposta, numa escala de 1 a 4, com a instrução de fazer um círculo à volta do número que corresponde à sua opinião, em que o 1 corresponde a sempre, 2 muitas vezes, 3 poucas vezes e 4 nunca.

Participantes

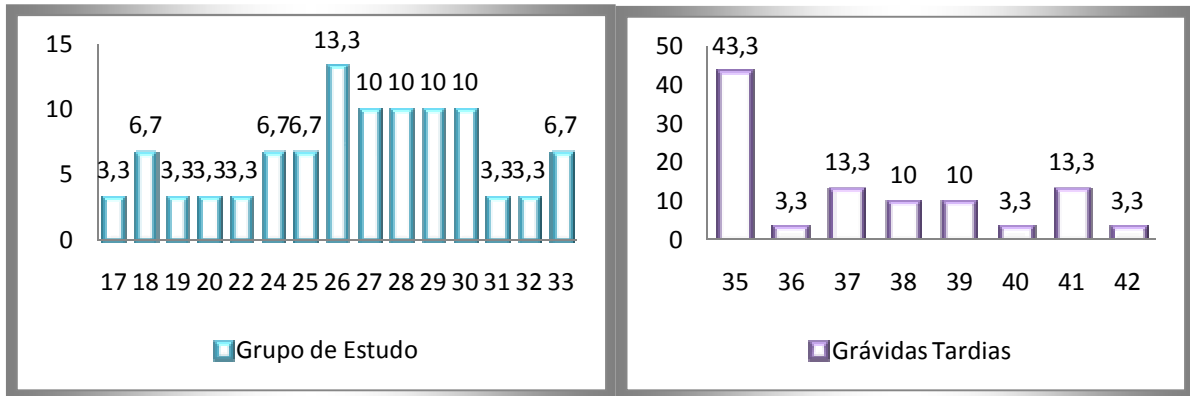
As participantes constituem uma amostra total de 60 grávidas primíparas, constituintes de dois grupos, nomeadamente 30 grávidas com idades compreendidas entre os 17 e os 34 anos e 30 grávidas com idades compreendidas entre os 35 e os 42 anos, denominadas de tardias.

Por razões de conveniência os dados recolhidos incidiram sobre o Distrito de Santarém, nomeadamente, o Hospital Distrital de Santarém e Centro de Saúde, através de grávidas que frequentavam as consultas de Obstetrícia e os Cursos de Preparação para o Parto, nos respectivos locais.

Porém, a recolha seguiu critérios de selecção, tais como: a primiparidade, o tempo de gestação e a idade das grávidas, ou seja, cada mulher tinha de estar a vivenciar a gravidez pela primeira vez, nomeadamente, no terceiro trimestre de gestação e tinham de estar inseridas numa faixa etária fixa e pré-estabelecida para cada grupo. Contudo, através do Questionário de Caracterização Socio-demográfica da nossa amostra, foi-nos possível fazer uma análise sobre as características mais específicas da mesma, tal como os dados pessoais.

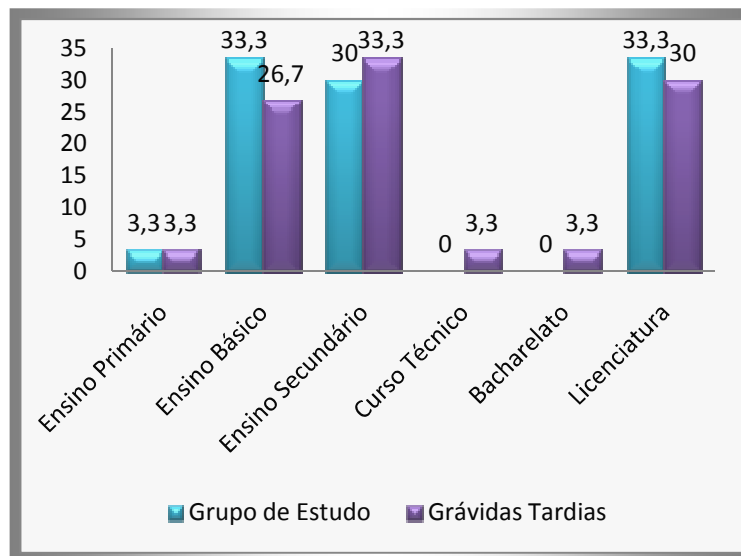
No que respeita à idade, a média é de aproximadamente 32 anos inscrevendo-se num intervalo entre os 17 anos e os 42 anos. O grupo comparativo situa-se entre os 17 e os 33 anos com uma média de aproximadamente 26 anos, enquanto que o grupo de grávidas tardias se situa entre os 35 e os 42 anos, com uma média de aproximadamente 37 anos.

Figura 1: Gráficos de percentagens da idade materna das participantes



Quanto às Habilitações Literárias, observa-se que o número de participantes se “divide” maioritariamente entre o ensino básico, secundário e superior, mantendo níveis estáveis entre ambos os grupos.

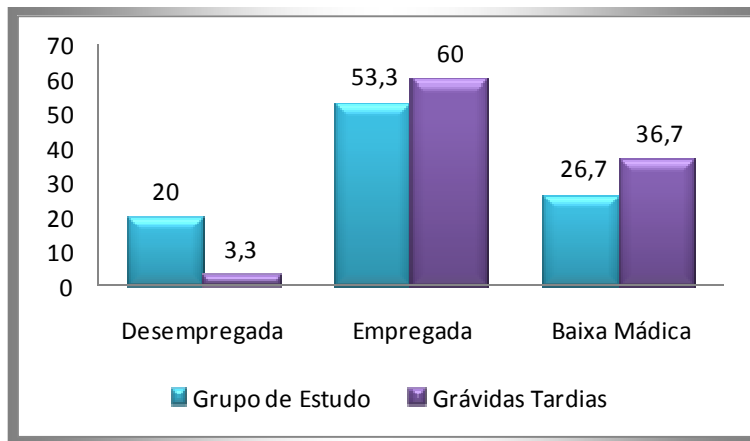
Figura 2: Gráfico de percentagens das habilitações literárias das participantes



Com respeito à situação profissional das gestantes em questão, verificou-se que, na sua maioria, estas se encontravam empregadas, seguindo-se uma pequena percentagem de mulheres de baixa médica, sendo esta percentagem um pouco mais elevada no grupo de grávidas tardias (36,7%), comparativamente com o grupo de comparação (26,7%). Porém

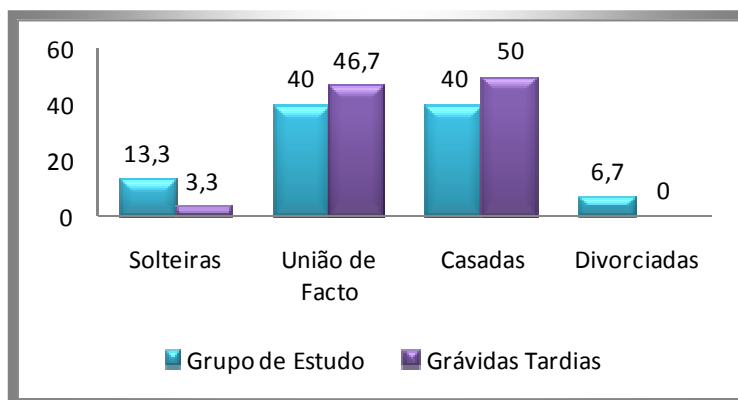
neste último grupo observámos um maior número de grávidas desempregadas (20%), em relação às grávidas tardias (3,3%).

Figura 3: Gráfico de percentagens da situação profissional das participantes



No que diz respeito ao estado civil, verificou-se que no grupo comparativo existe uma equivalência das gestantes que vivem em união de facto e as que são casadas (40%), sendo que as restantes, por sua vez, distribuem-se entre os grupos solteiras e divorciadas com percentagens de 13,3% e 6,7%, respectivamente. Enquanto que, no grupo de grávidas tardias observa-se um predomínio de gestantes casadas (50%), seguindo-se as que vivem em união de facto (46,7%).

Figura 4: Gráfico de percentagens do estado civil das participantes



Procedimento:

Numa primeira fase foi enviada uma carta de autorização (Anexo I), à administração do Hospital, assim como à directora do serviço de Ginecologia e Obstetrícia (Anexo II) do Hospital Distrital de Santarém, e à enfermeira chefe dos Cursos de Preparação para o Parto, do Centro de Saúde de Santarém, a fim de se obter permissão para a recolha de dados.

Após as autorizações necessárias decorreu-se a selecção das gestantes através dos registos disponíveis nas instituições, tendo em conta os critérios de selecção pré-estabelecidos, acima descritos.

Posteriormente à pré-selecção, verificou-se aquando da próxima presença de cada gestante na respectiva instituição, para se conseguir um primeiro contacto presencial.

O contacto presencial foi então realizado, antes ou após a consulta frequentada pela grávida em questão, altura em que se fez um breve esclarecimento, explicando em que consistia o estudo, para que servia, o que era necessário fazer e garantindo-lhe o anonimato de identidade procurou saber-se se estava disponível para participar. Confirmando-se o seu interesse eram então entregues os questionários, em estudo, assim como uma carta de consentimento informado (Anexo III). Passando-se assim, ao preenchimento dos mesmos.

Dando origem a uma amostra constituída por 60 primíparas, recolhida de Março a Outubro de 2008.

Finalizada a fase de recolha de dados, procedeu-se à cotação dos instrumentos utilizados: EADS-21, EAGM e o Q.C. Sócio-demográfica. Para esta etapa tivemos como apoio o “software” estatístico “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS) - versão 15.0, para o “Windows XP”, no qual se procedeu à elaboração da nossa base de dados e o respectivo tratamento estatístico.

Para a realização da análise estatística, numa primeira fase e recorrendo ao software estatístico, onde foi construída uma base de dados com as informações recolhidas através dos questionários aplicados, foi efectuada uma análise descritiva de cada questionário (anexoVII), aplicando-se esta análise tanto ao grupo de participantes de um modo geral, como a cada grupo, na sua individualidade, ou seja, para o grupo comparativo e para o grupo de grávidas tardias.

Na elaboração desta análise, descritiva, teve-se em conta a classificação dos diferentes tipos de variáveis presentes no Questionário de Caracterização Socio-demográfica (nominais, ordinais e de razão), assim como, nas escalas utilizadas, EADS-21, EAGM (quantitativas).

De seguida foi-nos possível realizar uma análise de frequências (havendo também aqui o cuidado com as diferentes variáveis em questão), o que nos possibilitou uma análise mais detalhada de cada item e sub-escala, avaliando a sua frequência e percentagem.

Para a escolha do teste a utilizar no tratamento de dados (anexo VIII), verificou-se a aplicação dos requisitos dos testes paramétricos, que segundo os quais deve ser possível a realização de operações numéricas sobre os dados experimentais, assim como os resultados se têm de distribuir de forma normal, tal como a variabilidade dos mesmos em cada situação deve ser sensivelmente a mesma. A fim de se verificar a aplicabilidade destes requisitos, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, para as escalas “EADS-21” e “EAGM”, a fim de testar a normalidade, o que se verifica quando os níveis de significância são $> 0,05$. Com esta análise observou-se que os resultados obtidos nas sub-escalas presentes na “Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*”, não seguem uma distribuição normal. O que levou à escolha de um teste não paramétrico, nomeadamente o teste Mann-Whitney, sendo este o teste mais utilizado em alternativa ao teste t para amostras independentes. Quanto à “Escala de Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade”, verificou-se que os resultados das sub-escalas “Filho Imaginado”, “Boa Mãe”, “Gravidez como Factor de Mudança/crescimento pessoal” e “Aspectos difíceis da Gravidez/Maternidade”, seguem uma distribuição normal, o que não aconteceu com as restantes sub-escalas, “Relação com a própria mãe”, “Apoio do marido/companheiro” e “Imagem Corporal e Necessidade de Dependência”. Tendo em conta esta diferença de resultados, foi feita uma “divisão” de análises, ou seja, para as sub-escalas que não seguiram a normalidade foi aplicado o teste Mann-Whitney, tal como foi utilizado para a escala anterior e para as escalas que seguem a normalidade foi aplicado o teste t que é um teste paramétrico para amostras independentes.

Com a aplicação destes dois testes (teste t e Mann-Whitney), foi possível comparar as médias das variáveis, presentes nas escalas, com os dois grupos de casos independentes (grupo normativo de estudo e grupo de grávidas tardias), indicando-nos se existem diferenças significativas entre ambos ($p > 0,05$).

Para uma análise mais minuciosa, foi ainda efectuada uma análise correlativa (anexo IX), que nos permitiu determinar se existe e qual o grau de associação e de relação entre variáveis ($p < 0,05$). Para tal e, mais uma vez, tendo em conta a natureza das variáveis foram utilizados dois testes. O teste de Spearman, aplicado quando as variáveis são ordinais ou não têm distribuição normal e o de Pearson, que foi aplicado para as variáveis quantitativas com distribuição normal.

Porém, os resultados obtidos na análise estatística serão expostos e analisados nos capítulos Resultados e Discussão, assim como os outputs resultantes da mesma estarão disponíveis nos anexos VII, VIII e IX.

RESULTADOS

Através das escalas que medem a ansiedade, depressão e *stress* e as atitudes sobre a gravidez e maternidade, aplicadas a uma amostra total de 60 grávidas primíparas e de uma posterior análise estatística foram observados alguns resultados que passam a ser enunciados neste capítulo. E que estarão disponíveis nos anexos VII (análise descritiva), VIII (análise comparativa) e IX (análise correlativa)

Análise Descritiva

Questionário de Caracterização Socio-demográfica

A aplicação deste questionário teve como objectivo a exploração de alguns dados particulares sobre as participantes e a sua condição geracional. Dos quais se pôde verificar que esta amostra é composta por um intervalo de idades, mínimo e máximo, situado entre os 17 e os 42 anos, respectivamente, havendo porém, um maior número de grávidas com 35 anos, em que o percentil 25 (P25) se encontra nos 27 anos, o percentil 50 (P50) nos 34 anos e o percentil 75 (P75) nos 37 anos, com um desvio padrão de 6,556, uma assimetria de -0,489 e um nível de achatamento de -0,590. Em que o tempo gestacional se insere num intervalo entre as 24 e as 40 semanas de gestação, havendo um maior número de gestantes com 38 semanas, encontrando-se o P25 nas 28 semanas, o P50 nas 31,5 semanas e o P75 nas 38 semanas, com um desvio padrão de 5,19, uma assimetria de -0,006 e um nível de achatamento de -1,323.

Tabela 1: Resultados sobre a amostra em termos das variáveis idade e tempo de gestação.

	Intervalo Mínimo/Máximo	Moda	Desvio-padrão	Assimetria	Curtose	Percentis
Idade	12-42	35 anos	5,56	-0,489	-0,590	P25= 27 P50= 34 P75= 37
Tempo de Gestação (semanas)	24 - 40	38 semanas	5,162	0,011	-1,348	P25= 28 P50= 31,5 P75= 38

Porém, para o efeito pretendido desta análise as participantes formam dois grupos, o grupo de comparação (grupo 1) e o grupo de grávidas tardias (grupo 2). O primeiro é composto por primíparas que se inscrevem num intervalo, mínimo e máximo, de 17 a 33 anos, com um período de gestação entre as 24 e as 40 semanas, com uma maior proeminência nos 27 anos ao longo das 32,5 semanas de gestação. Enquanto que, o grupo de grávidas tardias é composto por primíparas que se inscrevem num intervalo de 35 a 42 anos, com um período de gestação entre as 24 e as 40 semanas, observando-se uma maior proeminência nos 35 anos, ao longo das 31,87 semanas gestacionais. Em termos do escalão etário, pode-se analisar que este segundo grupo comporta um desvio padrão de 2,238, uma assimetria de 0,630 com um nível de achatamento de -1,018, em que os 35 anos emergem no P25, enquanto que o P50 e o P75, corresponde aos 37 e aos 39 anos, respectivamente. No entanto o grupo comparativo ostenta um desvio padrão de 4,423, uma assimetria de -0,625 com um nível de achatamento de -0,267, em que os 24 anos emergem no P25, enquanto que o P50 e o P75, corresponde aos 27 e aos 29,25 anos, respectivamente.

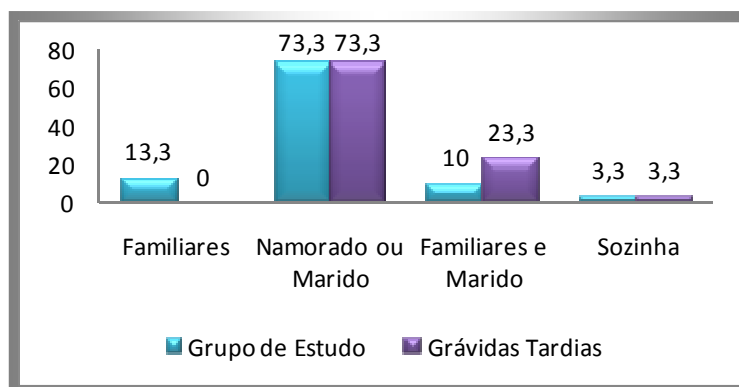
Tabela 2: Resultados obtidos sobre os grupos normativo e grávidas tardias em termos das variáveis idade e tempo de gestação.

	Grupo normativo de estudo		Grupo de Grávidas Tardias	
	Idade	Tempo de Gestação (Semanas)	Idade	Tempo de Gestação (Semanas)
Intervalo Mínimo/Máximo	17 - 33	24 - 40	35 - 42	24 - 40
Média	26,23	32,12		
Moda	26	38	35	29(a)
Desvio-padrão	4,423	5,431	2,384	4,967
Assimetria	-0,625	-0,100	0,630	0,141
Curtose	-0,267	-1,531	-1,018	-1,122
Percentis	25= 24	25= 28	25= 35	25= 27,75
	50= 27	50= 32,5	50= 37	50= 31
	75= 29,25	75= 38	75= 39	75= 36,25

(a) Multiple modes exist

Seguindo uma análise sobre o estatuto socio-económico das gestantes, observou-se que quanto às habilitações literárias, no grupo comparativo, existe uma maior predominância de mulheres com o “ensino básico” e a “licenciatura”, enquanto que, no grupo de grávidas tardias, se observa um maior número de gestantes com o “ensino secundário”, seguindo-se o “ensino superior” em que estão contemplados; o “bacharelato” e a “licenciatura”. No entanto, verifica-se que quanto ao Nível Literário as participantes, apesar destas pequenas diferenças, demonstram uma distribuição homogénea dentro de cada nível, ao que não será correcto e seguro fazer uma distinção entre grupos, quanto às Habilitações Literárias. Observando-se ainda que de um modo geral esta amostragem se encontra empregada e a co-habitar com o marido/companheiro.

Figura 5: Gráfico de percentagens sobre com quem vivem, as participantes



Quanto aos dados sobre a gravidez e, comparando ambos os grupos, podem-se destacar diferenças ao nível do tipo de gravidez, em que o grupo comparativo é composto por um maior número de mulheres cuja gravidez é denominada como “normal”, enquanto que no grupo de grávidas tardias é observado um maior número de gestantes como sendo de “risco” a nível obstétrico.

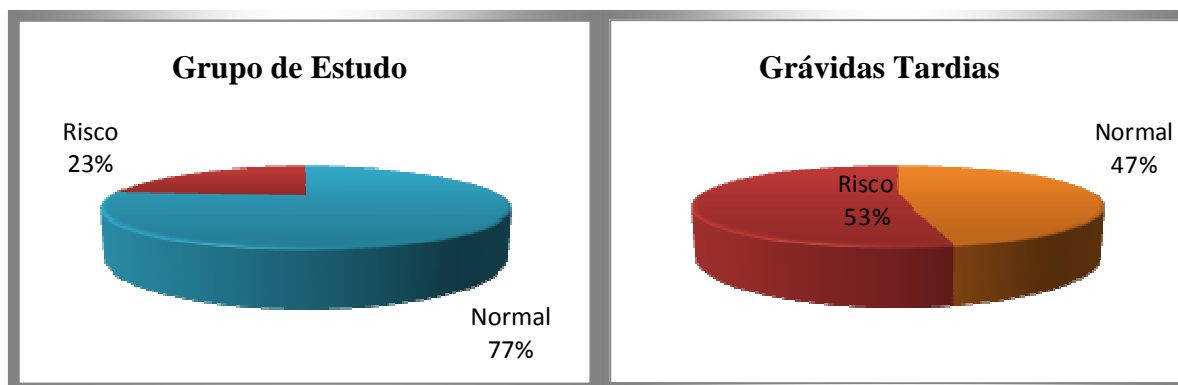
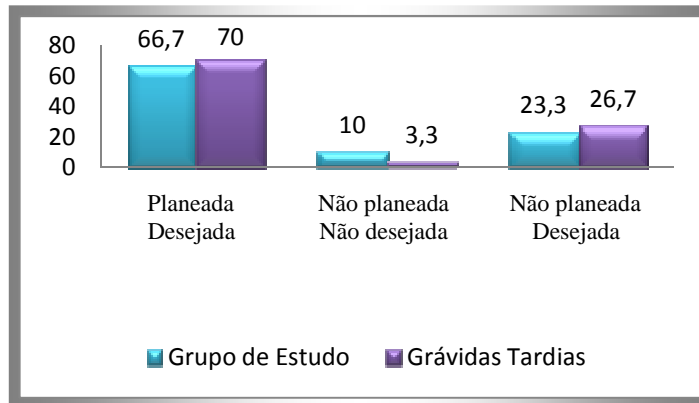


Figura 6: Gráficos de percentagens sobre o tipo de gravidez das participantes

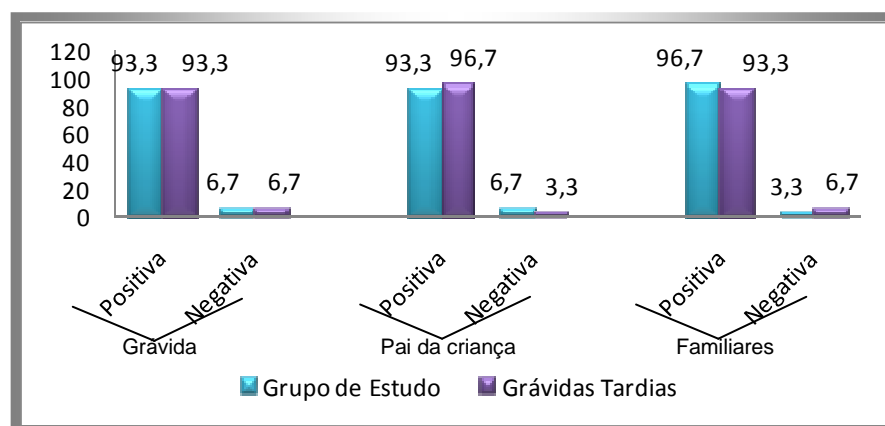
No que concerne ao planeamento e desejabilidade verifica-se que em ambos os grupos a maioria das gestantes referem estar a viver uma gravidez planeada e desejada.

Figura 7: Gráfico de percentagens do planeamento e desejabilidade da gravidez



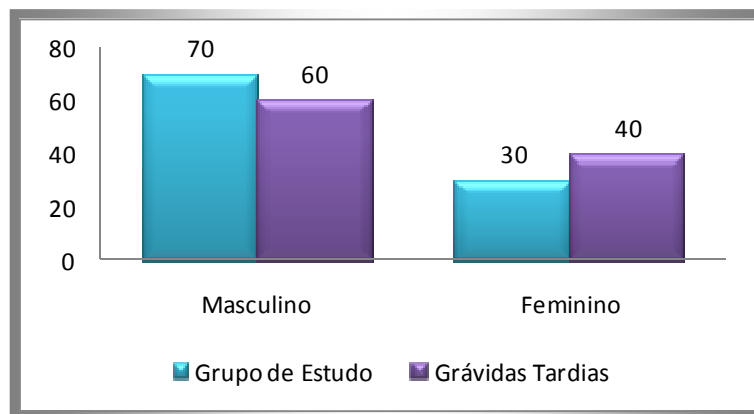
Em que as reacções perante à notícia da gravidez, por parte de alguns dos intervenientes mais próximos, como a própria grávida, o pai da criança e os familiares próximos, constatou-se que em ambos os grupos as reacções foram, de um modo geral, positivas.

Figura 8: Gráfico de percentagens das reacções, da própria, do companheiro e da família perante a gravidez.



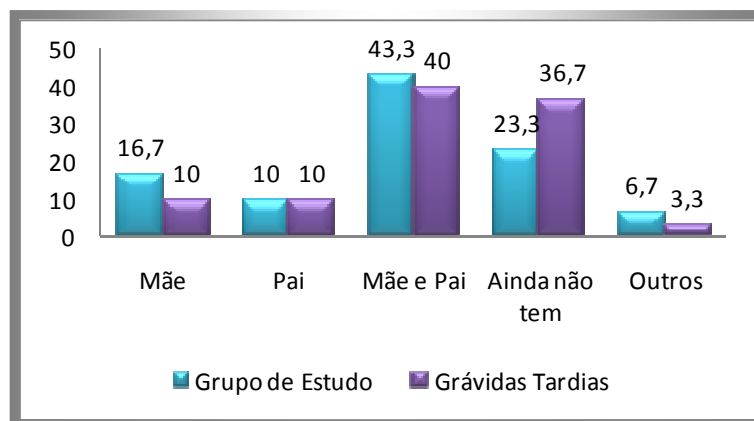
De referir ainda que se verificou que em ambos os grupos o género do bebé esperado é na maioria dos casos, masculino.

Figura 9: Gráfico de percentagens do género do bebé



No que respeita à escolha do nome do bebé, observou-se que essa tarefa ficou maioritariamente a cargo dos pais em conjunto. Sendo de salientar que se contabilizou um elevado número de casos em que o nome ainda não tinha sido escolhido, notificando-se este dado em maior número no grupo de grávidas tardias.

Figura 10: Gráfico de percentagens de quem escolheu o nome para o bebé



Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

Este é um questionário composto por três sub-escalas, de ansiedade, depressão e *stress*. O que permitiu fazer uma análise sobre a presença e dimensão deste tipo de sintomatologia na mulher, na medida em que cada participante teve de responder numa escala entre 0 e 3 indicando o quanto se aplicou a si cada afirmação, que tem inerente a si a indicação da presença de um destes três tipos de sintomatologia.

Com a aplicação desta escala observa-se, assim, que a amostra na sua globalidade, em termos de sintomatologia ansiosa se apresenta num intervalo, mínimo e máximo, entre 0 e 13 valores, o mesmo se observa para o grupo 1, em que 0 é indicador da inexistência de sintomatologia. Enquanto que no grupo 2 os valores se situam entre 0 e 8.

Estas participantes apresentam assim uma média geral de 2,63 valores, em que o grupo de comparação revela uma média de 2,60 valores e o grupo de e grávidas tardias eleva um pouco mais os resultados obtidos, para 2,67 valores. Nesta amostragem o desvio padrão é de 2,463, com uma assimetria de 1,587 e com um nível de achatamento de 4,126. Por sua vez, o grupo 1 segue um desvio padrão de 2,774, uma assimetria de 2,055 e um nível de achatamento de 5,844. Enquanto que, o grupo 2 comporta um desvio padrão de 2,155, uma assimetria de 0,642 e um nível de achatamento de -0,191.

Tabela 3: Resultados obtidos quanto à sub-escala “Ansiedade”

“Ansiedade”					
	Média	Desvio-padrão	Assimetria	Curtose	Percentis
Grupo Comparativo	2,60	2,774	2,055	5,844	P25= 1
					P50= 2
					P75= 4
Grávidas Tardias	10,167	2,422	0,634	-0,405	P25= 8
					P50= 10
					P75= 12
Total da Amostra	2,67	2,155	0,642	-0,191	P25= 1 P50= 2 P75= 4,25

Para a enumeração de sintomatologia depressiva, por parte das respondentes, observaram-se valores ligeiramente inferiores que na sub-escala anterior. Obtendo-se uma média geral de 1,48, em que o grupo comparativo contabilizou 1,53 e o grupo de grávidas tardias 1,43 de

média. Porém, a amostra em geral e o grupo 1 apresentam o mesmo intervalo de valores, isto é, entre 0 e 13, enquanto que, no grupo de grávidas tardias se contabilizam valores entre 0 e 8.

Em que as participantes obtiveram um desvio padrão de 2,383, uma assimetria de 2,735 e um nível de curtose de 9,377. Correspondendo a ausência de descrição de sintomas ao P25 enquanto o P50 notifica o valor 1 e o P75 o valor 2. No grupo de comparação verificou-se um desvio padrão de 2,713, uma assimetria de 3,052 e um nível de curtose de 11,024. Correspondendo o P25 ao valor 0, enquanto o P50 notifica o valor 0,5 e o P75 o valor 2. O grupo de primíparas tardias obteve um desvio padrão de 2,046, uma assimetria de 1,928 e um nível de achatamento de 3,800. Em que o P25 corresponde ao valor 0, o P50 notifica o valor 1 e o P75 2,25 valores.

Tabela 4: Resultados obtidos quanto à sub-escala “Depressão”

“Depressão”					
	Média	Desvio-padrão	Assimetria	Curtose	Percentis
Grupo Comparativo	1,53	2,713	3,052	11,024	P25= 0
					P50= 0,50
					P75= 2
Grávidas Tardias	1,43	2,046	1,928	3,800	P25= 0
					P50= 1
					P75= 2,25
Total da Amostra	1,48	2,383	2,735	9,377	P25= 0
					P50= 1
					P75= 2

A sub-escala, Stress, de um modo geral demonstra resultados mais elevados que as duas anteriores, apresentando uma média de 4,15 para valores dentro de um intervalo de 0 a 14, em que no grupo de comparação foi contabilizada uma média de 4,33 e de 3,97 para o grupo de primíparas tardias que se inscreve em valores entre 0 e 10. Correspondendo esta amostra a um desvio padrão de 3,241, com uma assimetria de 0,739 e um grau de achatamento de 0,118. Por sua vez o grupo 1 segue um desvio padrão de 3,565, uma assimetria de 0,920 e um nível de achatamento de 0,414. Enquanto que o grupo 2 comporta um desvio padrão de 2,930, uma assimetria de 0,352 e um nível de achatamento de -0,925.

Obtendo-se para este grupo de amostragem um P25 de 1 valor um P50 de 4 valores e o P75 de valor 6. No grupo comparativo verificou-se um P25 no valor 1, enquanto o P50 notifica o valor 4 e o P75 o valor 7,25. Comparativamente com o grupo de primíparas tardias que obteve um P25 corresponde ao valor 0, o P50 notifica o valor 3,50 e o P75 6 valores.

Tabela 5: Resultados obtidos quanto à sub-escala “Stress”

“Stress”					
	Média	Desvio-padrão	Assimetria	Curtose	Percentis
Grupo Comparativo	4,33	3,565	0,920	0,414	P25= 1
					P50= 4
					P75= 7,25
Grávidas Tardias	3,97	2,930	0,352	-0,925	P25= 8
					P50= 10
					P75= 12
Total da Amostra	4,15	3,241	0,739	0,118	P25= 1
					P50= 4
					P75= 6

Questionário de Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade (EAGM)

Esta escala mede as atitudes sobre a gravidez e a maternidade em 7 dimensões, como: o filho imaginado, boa mãe, gravidez como factor de mudança e crescimento pessoal, os aspectos difíceis deste período, a relação que a mulher tem com a sua própria mãe, o apoio do marido e companheiro e a sua imagem corporal e necessidade de dependência. As primíparas participantes neste estudo, perante a descrição de algumas tarefas ou acontecimentos, relacionados com estas dimensões tiveram de responder se a afirmação, apresentada, lhes ocorria ou se era pensada e qual a sua dimensão. Respondendo numa escala de 1 a 4 valores em que, ao contrário do que acontece na escala anterior, o 1 corresponde a sempre, o 2 a muitas vezes, o 3 a poucas vezes e o 4 corresponde a nunca.

Com esta análise observou-se que para a primeira sub-escala, “Filho Imaginado” que corresponde ao facto da mulher pensar o seu filho no futuro e o imaginar-se como prestadora de cuidados, obteve uma média de 10,40, num intervalo inscrito entre 7 e 19 valores, com um desvio padrão de 2,787, uma assimetria de 0,727, um grau de achatamento de 0,185 em que o

percentil 25 (P25) corresponde a 8 o P50 ao 10 e o P75 a 12 valores. O grupo comparativo obteve um intervalo entre 7 e 19 valores com uma média de 10,63, um desvio padrão de 3,134, uma assimetria de 0,688 e uma curtose de 0,142 em que o P25 corresponde a 7,75 o P50 ao 10,5 e o P75 a 13 valores. Porém, o grupo de primíparas tardias obteve uma média de 10,16 inscrita num intervalo, mínimo e máximo, entre 7 e 16 valores, com um desvio padrão de 2,422, uma assimetria de 0,634, uma curtose de -0,405 em que o P25 corresponde a 8 o P50 ao 10 e o P75 a 12 valores.

Tabela 6: Resultados obtidos quanto à sub-escala “Filho Imaginado”

“Filho Imaginado”					
	Média	Desvio-padrão	Assimetria	Curtose	Percentis
Grupo Comparativo	10,63	3,134	0,688	0,142	P25= 7,75 P50= 10,5 P75= 13
Grávidas Tardias	10,167	2,422	0,634	-0,405	P25= 8 P50= 10 P75= 12
Total da Amostra	10,40	2,787	0,727	0,185	P25= 8 P50= 10 P75= 12

Para a sub-escala “Boa Mãe” em que a mulher enunciou o quanto pensava e achava que iria ser boa mãe após o nascimento, emergindo assim, o seu estereótipo de como é uma boa mãe, obteve-se valores de média de 18,85, inscrito num intervalo entre 12 e 28 valores, para um desvio padrão de 3,957, um nível de assimetria de 0,154 e um grau de curtose de -0,688, com o P25 a inscrever-se no 15,25, o P50 no 19 e o P75 no 21,75 valores. O grupo 1 apresenta uma média de 18,5, inscrevendo-se num intervalo entre 12 e 27 valores, com um desvio padrão de 4,31, uma assimetria de 0,298 e um grau de achatamento de -1,03, com o P25 no 14, o P50 no 18 e o P75 no 21,5 valores. Enquanto o grupo 2 se inscreve num intervalo entre 12 e 28 valores, observando-se uma média de 19,2, um desvio padrão de 3,605, uma assimetria de 0,53, um achatamento de 0,092, com um P25 no 16,75, o P50 no 19,5 e o P75 no 22.

Tabela 7: Resultados obtidos quanto à sub-escala “Boa mãe”

“Boa mãe”					
	Média	Desvio-padrão	Assimetria	Curtose	Percentis
Grupo Comparativo	18,5	4,313	0,298	-1,038	P25= 14
					P50= 18
					P75= 21,5
Grávidas Tardias	19,2	3,605	0,053	0,092	P25= 16,75
					P50= 19,5
					P75= 22
Total da Amostra	18,85	3,957	0,154	-0,688	P25= 15,25
					P50= 19
					P75= 21,75

Na sub-escala relacionada com o factor de mudança e crescimento pessoal, a fim de se perceber o quanto a mulher percebe as mudanças e as alterações sofridas e inerentes a esta fase de transição, como a gravidez e a maternidade observaram-se valores entre os 6 e os 19, com uma média de 10,17, com um desvio padrão de 3,004, uma assimetria de 0,871, um grau de achatamento de 0,916 em que o percentil 25 (P25) corresponde a 8 o P50 ao 10 e o P75 a 12 valores. Em que, o grupo de comparação, para um intervalo entre 6 e 18 valores obteve uma média de 9,37, com um desvio padrão de 2,593, uma assimetria de 1,155, uma curtose de 2,720 em que o P25 corresponde a 7,75 o P50 a 9 e o P75 a 11 valores. Enquanto o grupo de grávidas tardias segue um intervalo entre 6 e 19 valores observando-se uma média de 10,97, com um desvio padrão de 3,211, uma assimetria de 0,615, uma curtose de 0,369 em que o P25 corresponde a 8 o P50 a 11 e o P75 a 13 valores.

Tabela 8: Resultados obtidos quanto à sub-escala “Gravidez como factor de mudança”

“Gravidez como factor de mudança/crescimento pessoal”					
	Média	Desvio-padrão	Assimetria	Curtose	Percentis
Grupo Comparativo	9,37	2,593	1,155	2,720	P25= 7,75
					P50= 9
					P75= 11
Grávidas Tardias	10,97	3,211	0,615	0,369	P25= 8
					P50= 11
					P75= 13

Total da Amostra	10,17	3,004	0,871	0,916	P25= 8 P50= 10 P75= 12
------------------	-------	-------	-------	-------	------------------------------

Perante a sub-escala que mede a forma como a primípara encara os aspectos difíceis da gravidez e maternidade contabiliza-se um intervalo, mínimo e máximo entre 11 e 31 valores, com uma média de 22,40, um desvio padrão de 4,358, uma assimetria de - 0,324 e um grau de achatamento de 0,056. Nesta dimensão, o valor 19 corresponde ao P25, o valor 22,50 ao P50 enquanto o P75 indica 25 valores. Quanto ao grupo de comparação a média é de 23,07, medida num intervalo entre os 14 e os 31 valores, seguindo um desvio padrão de 3,921, uma assimetria de 0,068 e um achatamento de -0,028, em que se obteve um P25 correspondente ao valor 19,75, o P50 indica o valor 23,50 e por sua vez o P75 corresponde a 25,25 valores. No grupo de grávidas tardias analisou-se um intervalo entre 11 e 30 com uma média de 21,73 valores, um desvio padrão de 4,727, uma assimetria de -0,432 e uma curtose de -0,208, seguindo um P25 com 19 valores, o P50 com 21,50 e o P75 com 25 valores.

Tabela 9: Resultados obtidos quanto à sub-escala “Aspectos difíceis da gravidez e maternidade”

“Aspectos difíceis da gravidez e maternidade”					
	Média	Desvio-padrão	Assimetria	Curtose	Percentis
Grupo Comparativo	23,07	3,921	0,068	-0,028	P25= 19,75 P50= 23,5 P75= 25,25
Grávidas Tardias	21,73	4,727	-0,432	-0,208	P25= 19 P50= 21,5 P75= 25
Total da Amostra	22,40	4,358	-0,324	0,056	P25= 19 P50= 22,5 P75= 25

Nesta fase da vida torna-se importante observar como está a ser vivida e percebida a relação entre a mulher grávida e a sua própria mãe, visto que é quase como uma replicação de papéis, porém, a mulher tem a possibilidade de rever o modelo adquirido através desta

relação. Esta sub-escala obteve um intervalo entre 4 a 16 valores com um valor médio de 6,53, um desvio padrão de 2,777, uma assimetria de 1,747 e um nível de achatamento de 3,469 em que o P25 corresponde aos valores de 4,25, o P 50 6 e o P75 a 7,75 valores. Constando que o grupo de estudo revelou valores entre 4 e 16 para uma média de 6,63, um desvio padrão de 3,557, uma assimetria de 1,643 em que o grau de achatamento é de 1,873 valores. Correspondendo ao P25 os 4 valores, o P50 5 valores e o P75 aos 7,25 valores. Por sua vez, o grupo de grávidas tardias obteve uma média de 6,43, correspondida a um intervalo mínimo e máximo entre os 4 e os 10 valores, em que segue um desvio padrão de 1,736, uma assimetria de 0,332 e um grau de achatamento de -0,888, com um P25 de 5, P50 de 6 e o P75 de 8 valores.

Tabela 10: Resultados obtidos quanto à sub-escala “Relação com a própria mãe”

“Relação com a própria mãe”					
	Média	Desvio-padrão	Assimetria	Curtose	Percentis
Grupo Comparativo	6,63	3,557	1,643	-1,873	P25= 4
					P50= 5
					P75= 7,25
Grávidas Tardias	6,43	1,736	-0,332	-0,888	P25= 5
					P50= 6
					P75= 8
Total da Amostra	6,53	2,777	-1,747	3,469	P25= 4,25 P50= 6,00 P75= 7,75

Este período de transição torna-se de grande importância para o casal, nomeadamente no seu relacionamento, em que o companheiro deixa de ser visto apenas como uma figura romântica, tomando agora um papel parental de maior importância, em que se torna um elemento inseparável do novo contexto familiar. Surgindo por esta altura, muito frequente, sentimentos de dependência e/ou de abandono, emergindo preocupações com a ajuda e compreensão que lhes será disponibilizada. Esta sub-escala sobre o “apoio do marido/companheiro”, está assim interligada com a forma como a mulher vive os sentimentos de dependência e abandono.

Para esta amostragem de um modo global, observaram-se valores compreendidos entre os 4 e os 13 valores, de mínima e máxima, com uma média de 5,97, um desvio padrão de 2,178,

uma assimetria de 1,530 e um nível de achatamento de 2,214, para um P25 de 4, P50 de 5 e um P75 de 7 valores. Quanto ao grupo comparativo a média é de 6,10, seguindo um desvio padrão de 2,310, uma assimetria de 1,345 e um achatamento de 1,478, em que se obteve um P25 correspondente ao valor 4, o P50 indica o valor 5,50 e por sua vez o P75 corresponde a 7 valores. No grupo de grávidas tardias analisou-se uma média de 5,83 valores, um desvio padrão de 2,069, uma assimetria de 1,840 e uma curtose de 4,027, seguindo um P25 com 4 valores, o P50 com 5 e o P75 com 6,25 valores.

Tabela 11: Resultados obtidos quanto à sub-escala “Apoio do marido/companheiro”

“Apoio do marido/companheiro”					
	Média	Desvio-padrão	Assimetria	Curtose	Percentis
Grupo Comparativo	6,10	2,310	1,345	1,478	P25= 4
					P50= 5,50
					P75= 7
Grávidas Tardias	5,83	2,069	1,840	4,027	P25= 4
					P50= 5
					P75= 6,25
Total da Amostra	5,97	2,178	1,530	2,214	P25= 4
					P50= 5
					P75= 7

Porém, o corpo da mulher é outro aspecto a ter em consideração visto que se vai transformando e adaptando a este novo estado, ao longo das 40 semanas de gestação, surgindo assim a necessidade de perceber como a mulher grávida lida com todas estas alterações através da sub-escala “imagem corporal e necessidade de dependência”. Tema este no qual se obteve pontuações entre 4 e 16 valores, para as grávidas em estudo, em que a média ronda os 8,42, com um desvio padrão de 2,520, uma assimetria de 0,562 com um grau de achatamento de 0,764, em que o valor 7 se situa no P25, o valor 8 no P50 enquanto o P75 se situa nos 9 valores. Com uma análise um pouco mais detalhada para ambos os grupos, constata-se que o grupo comparativo contempla valores num intervalo entre os 4 e os 14 como valores mínimo e máximo, com uma média de 7,83, para um desvio-padrão de 2,230, uma assimetria de 0,524 e um achatamento de 1,025, em que o P25 segue os 6 valores e o P50 e P75, correspondem ao 8 e 9, respectivamente. Enquanto o grupo de grávidas tardias se inscreve em valores entre os 4

e 16 valores com uma média de 9, um desvio-padrão de 2,691, uma assimetria de 0,455 e uma curtose de 0,677, com o P25, P50 e o P75 em valores como 7.75, 8.50 e 11 valores, respectivamente.

Tabela 12: Resultados obtidos quanto à sub-escala “Imagem corporal e necessidade de dependência”

“Imagem corporal e necessidade de dependência”					
	Média	Desvio-padrão	Assimetria	Curtose	Percentis
Grupo Comparativo	7,83	2,230	0,524	1,025	P25= 6
					P50= 8
					P75= 9
Grávidas Tardias	9,00	2,691	0,455	0,677	P25= 7,75
					P50= 8,50
					P75= 11
Total da Amostra	8,42	2,520	0,562	0,764	P25= 7
					P50= 8
					P75= 9

Análise Comparativa

Seguindo o procedimento de análise estatística, e com a utilização do *t*-test e do teste Mann-Whitney, analisaram-se as escalas utilizadas (EADS-21 e EAGM) comparativamente para cada grupo, nomeadamente o grupo de comparação e o grupo constituído por grávidas tardias.

Os resultados obtidos na escala EADS-21, que mede a ansiedade, depressão e *stress*, são indicadores de que as três sub-escalas, não seguem uma distribuição normal, assim como não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, para estas três dimensões de sintomatologia.

Tabela 13: Resultados do teste Kolmogorov-Smirnov da escala EADS-21

Sub-escala	Grupo	Nível de Significância
Depressão	Grupo de comparação	$p = 0,000$
	Grávidas tardias	$p = 0,000$
Ansiedade	Grupo de comparação	$p = 0,010$
	Grávidas tardias	$p = 0,024$
Stress	Grupo de comparação	$p = 0,026$
	Grávidas tardias	$p = 0,112$

$p = >0,05 =$ segue a normalidade

Tabela14: Resultados do teste Mann-Whitnay da escala EADS-21

	Ansiedade	Depressão	Stress
Asymp. Sig (2-tailed)	0,825	0,600	0,835

$p = <0,05 =$ existem diferenças significativas

Contudo, na escala de atitudes sobre a gravidez e maternidade (EAGM), composta por sete sub-escalas, verificou-se que as quatro primeiras, nomeadamente, filho imaginado, boa mãe, gravidez como factor de mudança/crescimento pessoal e aspectos difíceis da gravidez e maternidade, apresentam uma distribuição normal, enquanto que as restantes, ou seja, a relação com a própria mãe, apoio do marido e imagem corporal e necessidade de dependência, não seguem a normalidade.

Tabela15: Resultados do teste Kolmogorov-Smirnov da escala EAGM

Sub-escala	Grupo	Nível de Significância
Filho imaginado	Grupo de comparação	$p = 0,186$
	Grávidas tardias	$p = 0,076$
Boa mãe	Grupo de comparação	$p = 0,164$
	Grávidas tardias	$p = 0,200$
Gravidez como factor de mudança	Grupo de comparação	$p = 0,177$
	Grávidas tardias	$p = 0,200$
Aspectos difíceis da gravidez e maternidade	Grupo de comparação	$p = 0,200$
	Grávidas tardias	$p = 0,079$
Relação com a própria mãe	Grupo de comparação	$p = 0,000$
	Grávidas tardias	$p = 0,043$
Apoio do marido/companheiro	Grupo de comparação	$p = 0,001$
	Grávidas tardias	$p = 0,000$
Imagem corporal e necessidade de dependência	Grupo de comparação	$p = 0,032$
	Grávidas tardias	$p = 0,033$

$p = >0,05 =$ segue a normalidade

Perante a diferença de resultados, em relação à normalidade das escalas, houve a necessidade da utilização de diferentes testes, para as primeiras quatro (test-*t*) e para as três últimas sub-escalas (teste Mann-Whitney).

Verificando-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de comparação e o grupo de grávidas tardias, ao nível da sub-escala “gravidez como factor de mudança/crescimento pessoal”, não se observando qualquer outra diferença significativa, entre os grupos, nas restantes sub-escalas apresentadas.

Tabela 16: Resultados do Test-t da escala EAGM

Sub-escala	Níveis de Significância
Filho imaginado	$p = 0,521$
Boa mãe	$p = 0,498$
Gravidez como factor de mudança	$p = 0,038$
Aspectos difíceis da gravidez e maternidade	$p = 0,293$

$p = <0,05$ = existem diferenças significativas

A diferença encontrada nesta sub-escala “*gravidez como factor de mudança/crescimento pessoal*”, é indicadora de que o grupo de grávidas tardias refere não encarar a gravidez como um factor que irá alterar tanto assim a sua vida e que não surte grandes modificações na mulher enquanto pessoa, comparativamente com o segundo grupo, que refere ter estes aspectos mais presentes, encarando a fase da gravidez e maternidade como promotora de diversas alterações.

Análise Correlativa

Com o objectivo de se analisar os itens e as sub-escalas mais detalhadamente, nomeadamente, a fim de determinar se existe e qual o grau de associação entre variáveis, procedeu-se a uma análise correlativa (variáveis quantitativas) e das ordens dessas variáveis (para variáveis ordinais). Em que para tal se aplicou os testes de Pearson (variáveis quantitativas) e Spearman (variáveis ordinais)

Analisando-se numa primeira instância as variáveis quantitativas, nomeadamente a idade da gestante e o tempo de gestação, em relação às sub-escalas dos questionários aplicados, ou seja, as sub-escalas ansiedade, depressão e stress e as sub-escalas filho imaginado, boa mãe, gravidez como factor de mudança/crescimento pessoal, aspectos difíceis da gravidez/Maternidade, relação com a própria mãe, apoio do companheiro/marido e imagem corporal e necessidade de dependência. Contudo, não foram observadas correlações para qualquer uma das variáveis. Procedendo-se assim à correlação entre a variável ordinal, habilitações literárias e as sub-escalas dos questionários (EADS e EAGM). Verificando-se que em relação às sub-escalas ansiedade, depressão e stress, não são contempladas correlações, ao contrário do que se observa com as sub-escalas “boa mãe” vs “aspectos difíceis da gravidez e maternidade”, porém estas correlações são muito fracas ($r_{cs} = 0,330$ e $r_{cs} = 0,326$), não sendo assim fiável a sua interpretação, até porque, não são observadas quaisquer outras correlações quanto a estas variáveis.

No entanto, com o intuito de se analisar mais detalhadamente ambas as escalas e a sua interligação, procedeu-se à análise correlativa entre as sub-escalas presentes em ambos os questionários. Observando-se correlações entre as variáveis: “filho imaginado” vs “ansiedade” ($r = 0,274$), “aspectos difíceis da gravidez e maternidade” vs “depressão” ($r = 0,340$) e vs “stress” ($r = 0,265$), “relação com a própria mãe” vs “depressão” ($r = 0,283$) e “imagem corporal e necessidade de dependência” vs “ansiedade” ($r = 0,270$), porém como se pode verificar nestas correlações o coeficiente é também ele muito fraco, sendo por isso precipitado e pouco seguro fazer a sua interpretação. Contudo, verificam-se algumas correlações com um coeficiente moderado como: “filho imaginado” vs “depressão” ($r = 0,427$) e “aspectos difíceis da gravidez e maternidade” vs “ansiedade” ($r = 0,442$). Estas correlações moderadas apresentam-se assim como correlações positivas, o que indica que quando uma aumenta a outra aumenta e vice-versa, ou seja, que ambas variam no mesmo sentido. Porém, aquando da sua análise há que ter em conta que a escalas “EADS” e

“EAGM” têm a sua forma de resposta “contrária”, ou seja, a EADS contempla uma escala tipo Likert que vai de 0 a 3, em que 0 indica não se aplicar e 3 indica aplicar-se a maior parte das vezes, enquanto que a escala tipo Likert do questionário EAGM vai de 1 a 4 em que 1 indica sempre e 4 indica nunca.

Admitindo-se assim, que quanto maior a dimensão de sintomas de depressão menor é a dimensão demonstrada perante o “filho imaginado”; tal como se observa que quanto maior a dimensão de sintomas de ansiedade menor é a dimensão demonstrada perante os “aspectos difíceis da gravidez”.

DISCUSSÃO

Seguindo o objectivo de base para a realização deste trabalho, que consiste em verificar se existem diferenças significativas em termos de, dimensões de ansiedade, depressão e *stress* e atitudes sobre gravidez e maternidade na primípara tardia em relação a um grupo comparativo, observam-se resultados indicadores de que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos de grávidas primíparas para as sub-escalas, ansiedade, depressão e *stress* presentes no questionário EADS-21.

No âmbito da análise das sub-escalas constituintes do questionário EAGM, nomeadamente: filho imaginado, boa mãe, gravidez como factor de mudança/crescimento pessoal, aspectos difíceis da gravidez, relação com a própria mãe, apoio do marido/companheiro e imagem corporal/necessidade de dependência, contabiliza-se a existência de diferenças significativas ao nível das atitudes que visam a gravidez como factor de mudança/crescimento pessoal. Demonstrando que o grupo comparativo encara este período da gravidez e maternidade como um factor de mudança na sua vida e que não só surte efeitos exteriores como também a mulher altera a sua forma de ser enquanto pessoa, comparativamente com o grupo de grávidas tardias que não encara estas alterações como certas e relevantes, na medida em que este período é visto com grande naturalidade em que constitui uma fase da vida da mulher para a qual ela se encontra preparada e confiante.

Na falta de outros dados, em investigações similares, sobre esta variável que mede a gravidez como factor de mudança/crescimento pessoal, podem-se formular algumas considerações. A fim de se compreender um pouco mais os resultados obtidos, é importante ter em conta o contexto socio-económico, nomeadamente as alterações que se têm vindo a denotar em relação à forma como é pensada e encarada, a gravidez tardia, pela sociedade ao longo dos tempos. Até outrora as gestantes tardias eram denominadas na gíria popular, por “grávidas idosas”. Inscritas numa sociedade em que a maternidade era percebida como uma dádiva, uma grande prioridade da mulher, e por vezes a única. A primiparidade tardia não era então vista pela sociedade com grande naturalidade, encarada por diversas dificuldades neste período, fazendo com que aumentasse, na mulher, o receio de engravidar a partir de uma determinada altura do seu ciclo de vida, o que levaria a que a mulher abdicasse da maternidade por esta altura. No entanto, se acontecesse acrescia-se sentimentos negativos

ao longo das 40 semanas, transmitidos muitas vezes pela sociedade ao redor da gestante. O que se viria a alterar com a necessidade da entrada da mulher no mercado de trabalho, originando uma remodulação das suas prioridades, sendo então, cada vez mais frequente o entardecer da gravidez. Dando origem que a sociedade começasse a encarar a gravidez, por esta altura, com grande naturalidade, denominando-a de “gravidez tardia” ou “primiparidade tardia”. Nomes que, por si só, demonstram uma diminuição do alarmismo transmitido, embora ainda seja uma gravidez considerada com algum risco obstétrico. Observando-se que toda esta alteração ao nível social surte elevados efeitos sobre a dimensão da vivência psicológica da gravidez que acaba por ser influenciada, quer por factores associados ao próprio acontecimento de vida quer pelos factores relacionais e contextuais que a enquadram.

Analisando-se o contexto socioeconómico assim como algumas das características da personalidade destas grávidas tardias, que se apresentam como mulheres que habitualmente têm um controlo da sua vida, conquistando a sua independência, são confiantes, resilientes e sobretudo estáveis (Batista, 2007), facilmente se percebe a naturalidade com que esta fase de transição tem vindo a ser encarada por estas mulheres. Demonstrando uma grande abertura a experiências do foro cognitivo e uma forte presença da componente social e interpessoal na sua vida, em que manifestam o desejo e a capacidade de acompanhar a sociedade a fim de uma boa adaptação. Estas mulheres adiam o projecto de maternidade “à espera” de uma relação e de um momento em que o eco da parentalidade faça sentido na sua vida. Dando assim, espaço à mulher para vivenciar outras experiências de vida, até então, à tomada de decisão da transição para a parentalidade, em que se sintam mais preparadas para conciliar a sua realidade materna com a sua vida profissional, social e familiar, trazendo a esta experiência um sentimento seguro das suas competências e capacidades, interesses e necessidades emocionais e manifestando uma grande satisfação com a maternidade. Reflectindo-se numa melhor adaptação emocional e uma maior disponibilidade psicológica, para que esta fase seja vivida na sua plenitude, não dando lugar para que a baixa disponibilidade possa colocar em causa ou comprometer a relação de vinculação e do próprio projecto de maternidade.

Porém, ter um filho, particularmente o primeiro, implica grandes mudanças e tem um enorme impacto, sendo essencial o acomodar das novas tarefas e papéis, assim como uma reconstituição de objectivos pessoais. Havendo toda uma reorganização e um conjunto de processos desenvolvimentais ao longo da gravidez, pelo qual a mulher deverá passar e que

quando conseguido positivamente torna a adaptação também ela mais positiva e mais facilitada.

Admitindo-se assim que as primíparas tardias, não percebem que a maternidade constitui um factor promovedor de grandes mudanças na sua vida e na sua forma de ser porque já elas anteriormente tiveram tempo e espaço para provocar e antecipar essa mesma mudança conscientemente. Visto que, uma gravidez depois dos 35 anos surge, na sua maioria, fruto de uma gravidez planeada e desejada dando à mulher um maior controlo do que possa acontecer. Indo assim ao encontro de alguns autores que descrevem tarefas desenvolvimentais pelas quais a grávida ultrapassa ao longo das 40 semanas de gestação, constituídas por várias fases no decorrer da gravidez, acompanhando a evolução da mesma em termos físicos e obstétricos (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994).

Contudo, perante a caracterização das participantes, em estudo, observa-se que tanto o grupo de grávidas tardias (70%) como o grupo comparativo (66,7%), descrevem, na sua maioria, uma gravidez planeada e desejada, ao que não se pode afirmar que as primíparas tardias ponderem mais e melhor a sua vida, e especificamente o seu projecto de maternidade. Considerando-se no entanto, que o fazem de uma forma natural e espontânea com base no seu bem-estar subjectivo, e não como uma forma de demonstrar à sociedade um corpo reprodutivamente funcional ou, simplesmente, com o intuito de adquirir o estatuto de adulto, que nestas mulheres à muito foi adquirido. Esta foi a altura, por si só, que o casal adoptou como “ideal” para fazer a transição para a parentalidade, admitindo-se que vivenciam uma compatibilidade e equilíbrio entre a realização profissional e a satisfação afectiva, havendo tempo e disponibilidade para esta nova fase, conscientemente ponderada e desejada.

Estas últimas considerações ganham um maior relevo quando se observam os valores obtidos nas restantes sub-escalas, que apesar de não demonstrarem diferenças estatisticamente significativas, entre os grupos, deixam transparecer algumas características do funcionamento das grávidas tardias, em estudo. Nomeadamente, estas mulheres demonstram níveis mais elevados no que concerne ao imaginar o filho e o futuro do mesmo, assim como a sua acção como prestadora de cuidados e a sua capacidade de enfrentar o futuro. O que nos demonstra uma maior preocupação na antecipação e preparação do mesmo, apontando porém, aspectos difíceis deste período. Contudo, considera-se que, estes podem estar associados aos níveis obstétricos, visto que, uma grande percentagem de grávidas tardias se apresentam com uma gravidez de “risco” (53%), ao contrário do que acontece com o grupo comparativo (23%). Resultados que nos levam a reflectir sobre o adiamento da maternidade, que é também ele um

reflexo da evolução científica, conseguido não só com o aparecimento dos métodos contraceptivos que deram, conseqüentemente, um maior controlo sobre a reprodução, assim como, os avanços da medicina que transmitem uma maior segurança e tranquilidade à mulher para que assuma conscientemente de forma madura e reflectida o risco do aumento de anomalias congénitas, associadas à idade, e confiando assim nos progressos a nível do diagnóstico pré-natal, a gravidez e a maternidade pode ser enfrentada serenamente.

Contudo, este periodo de transição constitui uma etapa da vida exigente ao nível psicológico, existindo uma elevada probabilidade de emergir sintomatologia negativa, como a ansiedade, depressão e stress, ligeira ou moderada (Field, Diego, & Reif, 2006; Geller, 2004 cit. Figueiredo, 2005; Bayle, 2005). Não sendo porém uma situação de admirar tendo em conta as exigências impostas pelo processo gravítico (Conde, & Figueiredo, 2003; Portelinha, 2003; Carvalho, & Loureiro, 2006). No entanto, os resultados revelam um aumento dos níveis de ansiedade estado à medida que aumenta a idade da gestante (Mcintyre, Carvalho, & Milhazes, 1997; Sordes-Ader, Esparbés-Pistre, Lacoste, Lamia, & Tap, 1997 cit. Costa, & Oliveira, 2006; Soares, Freitas, & Silva, 1998), assim como nos indicam a existência de valores mais elevados de ansiedade e depressão no primeiro e terceiro trimestres, relativamente ao segundo (Singh & Saxena, 1991; Rofe, Blittner, & Lewin, 1993 cit. McIntyre, Carvalho, & Milhazes, 1997). Ao que é importante relembrar que por volta do terceiro trimestre haverá provavelmente um misto de sentimentos de orgulho e realização pessoal, com alguma ansiedade na antecipação do acontecimento desconhecido e fisicamente desconfortável que é o momento do nascimento (Colman & Colman, 1994)

Foi então na presença destas informações que foi aplicado o questionário que mede a dimensão de ansiedade, depressão e *stress*, em grávidas tardias comparativamente com um outro grupo de primíparas, por volta do terceiro trimestre de gestação, e que tal como já foi referido não apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, para estas variáveis. Não se verificando assim, a ideia de que a idade da gestante influencia nos níveis de *stress* e no aumento da prevalência dos transtornos de humor, tal como alguns estudos demonstraram. Porém, ao se analisar as médias encontradas para cada sub-escala pode-se observar que o grupo comparativo apresenta valores um pouco superiores nas sub-escalas depressão e *stress*, comparativamente com os resultados obtidos pelo grupo de grávidas tardias, que apresenta valores um pouco mais elevados na sub-escala de ansiedade.

Analisando-se ainda estas escalas de sintomatologia, correlativamente, constatou-se que mulheres que quantificam uma maior dimensão de sintomas de depressão revelam uma menor predisposição para imaginar o seu filho e antecipar o seu futuro, mesmo que no seu imaginário. O que vai de encontro com a literatura disponível e que nos suscita um dado importante para a percepção e prevenção da depressão pós-parto. Demonstrando-nos que as grávidas que apresentam um fraco investimento no seu imaginário em relação ao filho e aos cuidados a ter com este após o nascimento, pode ter uma maior predisposição ao desenvolvimento de uma depressão pós-parto. Podendo este constituir um dado importante para o bom desenvolvimento da prática clínica e da prevenção desta patologia.

De referir ainda que os níveis de ansiedade se correlacionam com a nomeação de aspectos difíceis perante este período, isto é, as grávidas que indicaram não encararem a gravidez como algo difícil na vida da mulher apresentam maiores níveis de ansiedade. Resultado que vai de encontro com o estudo realizado por McIntyre, Carvalho e Milhazes (1997), em que se verificou que as grávidas que referem não terem preocupações relativamente à maternidade apresentam maior ansiedade do que as que manifestam estas preocupações.

Em análise a estes resultados, pode-se considerar que, os mesmos, podem estar associados à vivência psicológica que estas mulheres ultrapassam ao longo do terceiro trimestre de gravidez, descrito e marcado fundamentalmente por desejos contraditórios, em que por um lado surgem os receios sobre o desconhecido, nomeadamente o parto, e por outro aumenta o desejo de encontro com o bebé real. Sentimentos que, por si só, geram um aumento da ansiedade, independentemente do decorrer das 40 semanas de gestação (Bayle, 2005). Porém, há que salientar que estas correlações apontadas demonstraram um coeficiente moderado, não nos dando segurança para uma maior generalização e deixando assim a sugestão de uma replicação deste estudo, tendo em conta uma maior amostragem e mais abrangente em termos de localização populacional.

Perante os resultados obtidos, admite-se assim a presença de sintomatologia de ansiedade, depressão e *stress*, nas primíparas, em estudo, sejam elas tardias ou não, com dimensões que demonstram um carácter adaptativo, demonstrando que o aumento da idade não tem efeito sobre o aumento da dimensão de sintomatologia. O que nos leva a reflectir sobre a maturidade, em que a maturidade física no que concerne à maternidade, não coincide com o seu momento da maturidade psicológica, afectiva e social, havendo assim, um desfazimento entre estas duas fases em que quando uma é atingida a outra não é necessariamente conseguida, até pelo contrário. Segundo Costa (2003), as primíparas tardias geram filhos da

“maturidade”, filhos que surgem no ultrapassar dos limites biológicos impostos pela idade à fecundidade e demarcados pelo declínio da mesma, colocando estas mulheres numa situação de dessincronização relativamente ao calendário familiar “tradicional” e numa sincronização entre o seu próprio “relógio familiar”, demonstrando que para estas mulheres a tarefa de “ter filhos” é vista como uma decisão individual e não propriamente por uma imposição por parte de uma sociedade que para tal prescreve tempos ideais. A denominação de “filhos da maturidade”, traduz indubitavelmente a ideia de que estes filhos são fruto de plenitude ou perfeição gerados numa fase de desenvolvimento completo. Sendo a palavra “maturidade” sinónimo de sensatez, circunspeção e segurança, verifica-se que em mulheres cujo estado foi adquirido existe a elaboração de um projecto de maternidade, que no momento em que decidem ser mães conseguem adaptar e conciliar todas as dimensões da sua vida, mostrando serem saudáveis, adaptadas, equilibradas emocionalmente, que detém competências maternas e que projectam de uma forma inconsciente e consciente a sua maternidade.

Segundo Batista (2007), estas mulheres antecipam e reajustam os seus papéis femininos e maternos e investem-nos de uma forma conjunta e aparentemente equilibrada, na medida em que expressam um notório bem-estar consigo próprias e com a sua vida, apresentando ambas as dimensões de Feminino e de Materno investidas. Embora estas sejam significativamente mais maternas do que femininas, demonstrando uma atitude afectuosa, afiliativa, de protecção proactiva na relação com o outro, o que lhes atribui competências maternas e as enquadra na vivência plena da sua maternidade.

Admitindo-se que o construto de Feminino é como uma dimensão intrínseca ao género que é atribuído, enquadrado num tempo e numa dada sociedade, como dimensão que privilegia a afirmação pessoal e social (Leal, 2001). Enquanto que a experiência materna é fruto de influências familiares, culturais, sociais e históricas (Botelho, 2003).

O Feminino e o Materno são diferentes conceitos que correspondem a papéis ou funções distintas e até certo ponto independentes, podendo interferir e/ou influenciar a capacidade de ter filhos. Percebendo-se assim que o desejo de ter um filho e o desejo de ser mãe, nem sempre coincidem (Batista, 2007).

As primíparas tardias demonstram a existência de um projecto de maternidade em que se cumpre a função materna, não só meramente por adequação às normas e expectativas do meio, mas sim por desejo, que vendo esta fase como enriquecedora e de continuidade ultrapassam as marcas da desejabilidade social, indo para além dos padrões da norma impostos pela sociedade seguem o desejo de ser mãe.

CONCLUSÃO

Assim chego ao final deste trabalho, com uma reflexão sobre a investigação realizada, o seu processo, os seus resultados, o contributo para esta área, as limitações encontradas e tendo em vista o suscitar de curiosidade e um maior interesse por esta temática. Para que cada vez mais se possa ter acesso a uma prática clínica adequada e sobretudo actual tendo em conta os processos evolutivos da sociedade.

A gravidez e maternidade em mulheres após os 35 anos desde à muito que tem vindo a ser alvo de algumas dúvidas e especulações, porém este é uma tema que se inscreve numa problemática bastante actual e em plena expansão científica, que cada vez mais se tem tornado uma realidade bastante presente nos nossos dias. Grávidas que até outrora eram apelidadas de “grávidas idosas” associadas a alguma conotação negativa, começam a ser a realidade da sociedade ocidental. O que tem vindo a ser alvo de algumas preocupações a vários níveis, nomeadamente, ao nível obstétrico e psicológico. Sendo este último a área em que este estudo se debruça, podemos observar que as grávidas tardias em estudo não apresentaram qualquer risco a nível psicológico, comparativamente com o grupo de comparação, apesar de estas estarem a vivenciar o “declínio”, em termos obstétricos, da sua reprodutividade. Observaram-se mulheres seguras, confiantes, optimistas e que demonstram ter capacidade de resiliência. O que vem a ser reforçado com os resultados em termos estatísticos, em que são contabilizadas diferenças entre grupos, apenas, ao nível das atitudes perante a gravidez como factor de mudança/crescimento pessoal. Estas mulheres que escolhem vivenciar o processo gravítico mais tardiamente, não demonstram ter esta atitude tão presente comparativamente com o outro grupo de primíparas.

Debruçando-nos mais sobre a sintomatologia negativa como a ansiedade, depressão e *stress*, presente em qualquer fase de transição e, que segundo a bibliografia, aumenta a sua morbidade ao longo da gravidez e maternidade. Observou-se a descrição, por parte das participantes, deste tipo de sintomatologia, porém o nível encontrado não suscita preocupações maiores, sendo que este demonstra ter um carácter adaptativo. A idade da gestante não demonstrou ter qualquer influência sobre a dimensão de sintomatologia negativa, admitindo-se que as primíparas tardias encaram a gravidez com grande tranquilidade e capacidade de adaptação às exigências impostas por este estado.

De referir ainda, que o *stress* é a sintomatologia mais presente nestas participantes, porém tendo em conta que esta sintomatologia do ponto de vista psíquico se traduz em ansiedade, esta presença pode ser tomada como algo normativo, visto que este grupo de primíparas está

no terceiro trimestre de gravidez, altura em que se ultima os preparativos para o parto e se antecipa os medos que daí advêm. No entanto, há que salientar que não se verificaram diferenças ao nível de sintomatologia negativa, perante ambos os grupos, verificando-se sómente algumas correlações entre as atitudes e a sintomatologia negativa.

Os resultados demonstram assim que as grávidas que apresentam maiores níveis de ansiedade, referem em menor número os aspectos difíceis da gravidez e maternidade, assim como as mulheres com uma maior dimensão de sintomatologia depressiva apresentam uma menor dimensão perante o “filho imaginado”, que se refere à disponibilidade para imaginár o seu filho e o seu futuro, o relacionamento entre ambos e os cuidados maternos a levar a cabo após o nascimento. Demonstrando-nos que as grávidas que apresentam um fraco investimento no seu imaginário em relação ao filho e aos cuidados a ter com este após o nascimento, podem ter uma maior predisposição ao desenvolvimento de uma depressão pós-parto.

Estes resultados vêm reforçar ainda mais os dados conhecidos nesta área da psicologia, contribuindo para o desenvolvimento da prática clínica e da prevenção da psicopatologia associada à gravidez e maternidade. Reforçando a ideia inicial, aquando do delineamento do objectivo deste estudo de investigação, tendo em conta a importância de estudar e conciliar estes dois aspectos, o pensar (atitudes) e o sentir (sintomatologia). O que poderá ser uma mais valia e nos poderá ajudar numa prática clínica em termos preventivos.

Contudo, há que realçar que tanto na prática clínica como em estudos de investigação para uma adequada compreensão da primípara tardia é necessário perceber o seu enquadramento sociocultural, para além da sua estrutura psicológica. Factor este que com a conclusão deste estudo se percebe como uma limitação, que sendo esta uma amostra por conveniência, condiciona a leitura dos resultados obtidos e não nos dá certezas para uma maior extrapolação a nível geográfica devido a essa restrição, visto que aqui se encontra uma amostra representativa apenas do concelho de Santarém.

Havendo assim a possibilidade de se aplicar este mesmo objectivo de estudo visando uma maior e mais ampla amostragem, ou então ter em atenção outros concelhos, havendo com este último a possibilidade de fazer uma comparação e análise entre concelhos.

Ao longo deste estudo foram percebidas outras limitações, tais como o tempo para a recolha de dados tendo em conta o trimestre de gestação pretendido, surgindo algumas dificuldades em conciliar ambos os prazos, assim como a disponibilidade demonstrada por algumas gestantes tardias, das quais se contabilizaram algumas recusas quanto à participação ao que surgiram por parte de mulheres que demonstraram sentir algum desconforto em expor a sua primiparidade tardia. Em termos de questionários aplicados percebeu-se existir uma

falha em termos do questionário de caracterização socio-demográfica, que poderia contemplar outros itens que possibilitassem uma melhor percepção sobre as causas que levaram ao adiamento da gravidez, assim como a existência de abortos anteriores e o tempo mediado entre a altura em que o casal decidiu ter a criança e a altura em que soube efectivamente do estado gravítico, a fim de nos dar uma maior dimensão sobre vivência da mulher antes da concepção.

No que respeita a possíveis e novas investigações, para além da ideia já aqui referenciada quanto à replicação deste estudo, adoptando uma amostra mais ampla, surgiram ainda outras questões que poderiam contribuir para um melhor conhecimento e aprofundamento desta área, nomeadamente, perceber o que acontece em termos de ansiedade, depressão e *stress* assim como das atitudes sobre a gravidez e maternidade ao longo do 1º, 2º e 3º trimestre de gestação, tal como seria benéfico perceber como se desenvolve a adaptação da primipara tardia ao pós-parto, altura em que se dá a confrontação entre o bebé imaginário e o bebé real, entre as expectativas e a realidade.

Como finalização, há que fazer uma última reflexão em termos da prática clínica, visto que também esta está em permanente mutação com os novos achados científicos, que nesta área da parentalidade se encontra em plena expansão. Considerando-se que cada vez mais há uma maior necessidade de implementação de uma clínica preventiva, actuando mesmo antes da gravidez (planeamento familiar) assim como ao longo das 40 semanas, a fim de se conseguir que a mulher adquira estabilidade e disponibilidade para adquirir uma boa adaptação, em termos psicológicos, a todo este processo complexo e multidimensional que é a gravidez e maternidade, o que influenciará o pós-parto e a adaptação da mãe-bebé, dando espaço à mulher para viver esta fase com toda a sua espectacularidade e plenitude, a todos os níveis, que assim merece.

REFERÊNCIAS

- Alvarez, M. (2001). *Feminino e Materno: Um estudo exploratório*. Dissertação de mestrado, apresentada no Instituto de Psicologia Aplicada de Lisboa.
- Ammaniti, M. (1991). Maternal representations during pregnancy and early infant-mother interactions. *Infant Mental Health Journal*, 12 (3), 246-255.
- Balancho, M. L. (2001). *Novo papel do pai na educação dos filhos: Coparentalidade e diferenciação*. Dissertação de mestrado apresentada no Instituto de Psicologia Aplicada de Lisboa.
- Batista, S. C. C. (2007). *Personalidade e primiparidade tardia*. Dissertação de mestrado em Psicologia da Gravidez e Parentalidade, apresentada no Instituto de Psicologia Aplicada de Lisboa.
- Bayle, F. (2005). A parentalidade. In I. Leal (Org.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.317 – 346). Lisboa: Fim de Século.
- Biscaia, J., & Sá, E. (1997). A gravidez no pensamento das mães. In E. Sá (Org), *A maternidade e o bebé* (pp. 41 – 50). Lisboa: Fim de Século.
- Botelho, T. M. (1999). *Personalidade materna e prematuridade*. Dissertação de mestrado, apresentada no Instituto de Psicologia Aplicada de Lisboa.
- Botelho, T. M. (2003). *Avaliação do perfil factorial da personalidade de mulheres que sofrem um parto prematuro*. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação do Porto, Porto.
- Campos, R. C. (2000). Processo gravídico, parto e prematuridade: Uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo. *Análise Psicológica*, 1 (18), 15-35.

- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e Maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Org.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp.17 – 49). Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A (2005) Transposição para a parentalidade – Compreensão segundo Freud. In I. Leal (Org.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.225 – 256). Lisboa: Fim de Século.
- Carvalho, P. S., & Loureiro M. (2006). Avaliação de sintomas psicopatológicos na mulher grávida. In I. Leal, J. P. Ribeiro, & S. N. Jesus (Eds.), *Actas do 6º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp.219 – 225). Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na gravidez: Factores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da. *Psiquiatria Clínica*, 24 (3), 197-209.
- Cordeiro, R., (2006) Aparência física e amizade íntima na adolescência: Estudo num contexto pré-universitário. *Análise Psicológica*, 24 (4), 509-517.
- Correia, M. J.(2000). Feminino e o materno no insucesso de gravidez de repetição. Dissertação de mestrado, apresentada no Instituto de Psicologia Aplicada de Lisboa.
- Correia, M. J.(2005). Gravidez e maternidade em grupos de risco. In I. Leal (Org.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.49 – 60). Lisboa: Fim de Século.
- Costa, R. (2003). Filhos da idade, filhos da maturidade. Recuperado em 23 de Maio de 2008, através de: http://www.apdemografia.pt/pdf_congresso/2_Rosalina_Costa.pdf.
- Couto, A. J. (1997). Atitudes e comportamentos das grávidas. In J. L. P. Ribeiro (Ed.), *Actas do 2º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp.721 – 726). Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada.
- Dayan, J. et al. (2002, Fev.). Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *American Journal of Epidemiology*, 155 (4), 293-301.

- Diego, M. A., Field, & Reif, M. H. (1997). Prepartum, postpartum and chronic depression effects on neonatal behavior. *Infant Behavior and Development*, 28 (2), 155-164.
- Field, T., Diego, M., & Hernandez-Reif, M. 2006. Prenatal depression effects on the fetus and newborn: A review. *Infant Behavior and Development*, 29 (3), 445-455.
- Figueiredo, B. (2001, Jul/Dez). Maternidade na adolescência: Do risco à prevenção. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3 (2), 119-125.
- Figueiredo, B. (2005). Depressão na gravidez: Quais as consequências para a mãe e o bebé? In I. Leal (Org.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.23 – 47). Lisboa: Fim de Século.
- Figueiredo, B. (2005). Psicopatologia da maternidade e paternidade. *Revista centro de estudos da população económica e sociedade*, 12 (pp. 83-102).
- Francisco, V. L., Pires, A., Pingo, S., Henriques, R., Esteves, M. A., & Valada, M.J. (2007). A depressão materna e o seu impacto no comportamento parental. *Análise Psicológica*, 2 (25), 229-239.
- Gomes, A. J. S., & Resende, V. R. (2004). O pai presente: O desvelar da paternidade em uma família contemporânea. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 119-125.
- Gomez, R. M. (2005). O pai. Paternidade em transição. In I. Leal (Org.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.257 – 285). Lisboa: Fim de Século.
- Gomez, R., & Leal, I. (2006). Depressão na gravidez e período pós-natal nos dois progenitores: Dados de um estudo exploratório com casais portugueses. In I. Leal, J. P. Ribeiro, & S. N. Jesus (Eds.), *Actas do 6º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp.227 – 233). Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada.

- Honrado, A., Ribeiro, J. P., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5 (2), 229-239.
- Instituto Nacional de Estatística (2008). *Estatísticas demográficas 2006*. Recuperado em Novembro, 23, 2007, através de www.ine.pt.
- Justo, J. (2000). Gravidez adolescente, maternidade adolescente e bebés adolescentes: Causas, consequências, intervenção preventiva e não só. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2 (2), 97-147.
- Joyce-Moniz, L. (2002). *Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto*. Lisboa: Macgraw-hill.
- Leal, I. (2001). O feminino e o materno. In M. C. Canavarro (Org.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp.51 – 74). Coimbra: Quarteto.
- Leal, I. (2005). Da psicologia da gravidez à psicologia da parentalidade. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.49 – 60). Lisboa: Fim de Século.
- Lopes, R. C. S., Menezes, C., Piccinini, C. A., & Santos, G. P. (2006, jan./abr.). Ritual de casamento e planeamento do primeiro filho. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 11, (1), 55-61. Consultado a 11 de Janeiro de 2008, em Scielo.
- Lundy, B. L., et al. (1999). Prenatal depression effects on neonates. *Infant Behavior and Development*, 22 (1), 119-129.
- Maroco, F., & Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi.
- Matos, A. C. (2001). *A depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Mcintyre, T., Carvalho, P., & Milhares, G. (1997). Ansiedade e depressão no processo gravídico: Dados preliminares. In J. L. P. Ribeiro (Ed.), *Actas do 2º congresso*

nacional de psicologia da saúde (pp.231 – 251). Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada.

Melo, V., Leal, I., Faria, C. (2006). Depressão, ansiedade e stress em sujeitos inférteis. In I. Leal, J. P. Ribeiro, & S. N. Jesus (Eds.), *Actas do 6º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp.241 – 246). Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada.

Monteiro, A. M. (2001). Avanços no estudo da conjugalidade: Os casais de dupla carreira. *Psicologia: Ciências e Profissão*, 21 (3), 10-19.

Nascimento, M. J. (2003). Preparar o nascimento. *Análise Psicológica*, 1 (21), 47-51.

Oliveira, C. & Costa, E. S., (2006). Stress e ansiedade em períodos de transição. In I. Leal, J. P. Ribeiro, & S. N. Jesus (Eds.), *Actas do 6º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp.49 – 53). Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada.

Oliveira, M. L. (2000). Uma luta partida. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 27/28, 17-22.

Paixão, T. (1992). Alguns mitos da maternidade na comunicação social. In M. Barbosa, L. Baleo, & I. Castro (Eds.), *Maternidade: Mitos e realidades* (pp.23 – 36). Lisboa: M.E.S.S.

Paulos, S. M. S. (2006). Estudo comparativo entre estudantes do 12º ano e do 1º ano do ensino superior relativamente aos níveis de depressão stress, ansiedade e satisfação com o suporte social. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, apresentada no Instituto de Psicologia Aplicada de Lisboa.

Pereira, A. (2006). *SPSS: Guia prático de utilização*. Lisboa: Edições Sílabo.

Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E., & Lopes, R. S. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebé. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (3), 223-232.

Portelinha, C. (2003). *Sexualidade na gravidez*. Coimbra: Quarteto.

- Reis, E. (2002). *Estatística descritiva*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Sutter- Dallay, A. L., Giaccone-Marcésche, V., Glatigny-Dallay, E. & Verdoux, H. (2004). Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: A prospective survey of the MATQUID cohort. *European Psychiatry*, 19 (8), 459-463.
- Stern, D. (1991). Maternal representations: A clinical and subjective phenomenological view. *Infant Mental Health Journal*, 12 (3), 174-186.
- Stoléru, S., Grinshpoun, M. F., Moralés-Huet, M. (1995). Maternal attitudes during pregnancy predict mother-infant physical proximity six months after birth. *Development and Parenting*, 4 (3), 137-149.
- Tapio Kurki, M.D. et al. (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology*, 95, 487-490.
- Tony, K. H., et al. (2001). Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 63, 830-834.
- Vaughn, B., et al. (2006). Maternal attachment script representations: Longitudinal stability and associations with stylistic features of maternal narratives. *Attachment & Human Development*, 8 (3), 199-208.
- Vaz, F. M., & Machado, A. (2006). A parentalidade durante a gravidez. In I. Trindade, R. Correia, & J. A. C. Teixeira (Eds), *Actas da V conferencia psicologia, promoção de saúde primários: Psicologia, promoção da saúde e prevenção: Miraflores, 19 e 29 de Maio 2004* (pp.43 – 54). Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada.
- Xavier, M. R., & Paúl, M. C. (1996). Construção e validação de uma escala de atitudes sobre a gravidez e a maternidade. L. S. Almeida, S. Araújo, C. Machado & M.R. Simões (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, Vol. IV. Braga: APPORT, Associação dos Psicólogos Portugueses.

Anexo I

Cátia Lima
Contacto: _____

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de
Administração do Hospital de
Santarém, EPE

Assunto: Pedido de Autorização para a recolha de dados, no âmbito de uma Tese de Mestrado.

Cátia Dinis Carvalho Lima, 24 anos de idade, portadora do BI nº. _____ de ___/___/200_ do Arquivo de _____, estudante do Curso de Psicologia Clínica no Instituto Superior de Psicologia Aplicada em Lisboa, vem por este meio pedir autorização para que possa efectuar a recolha de dados no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, no âmbito da sua Tese de Mestrado.

O estudo tem como público alvo primíparas, nomeadamente primíparas tardias e tem como objectivo, a comparação dos resultados obtidos com um grupo comparativo tendo em conta as atitudes sobre a gravidez e maternidade e os níveis de depressão, ansiedade e stress.

No âmbito deste estudo garante-se a confidencialidade das participantes assim como se compromete a fornecer os resultados do mesmo, caso seja do interesse do serviço.

Obrigada
Cordialmente com os melhores cumprimentos.

(Cátia Dinis Carvalho Lima)

(Professora Doutora Teresa Botelho)
Orientadora

Santarém, 3 de Dezembro de 2007

Anexo II

Cátia Lima
Contacto: _____

Exmo. Sra. Directora do Departamento
de Ginecologia e Obstetrícia
Dr.^a Graça Marona

Assunto: Pedido de Autorização para a recolha de dados, no âmbito de uma Tese de Mestrado.

Cátia Dinis Carvalho Lima, 24 anos de idade, portadora do BI n.º _____ de ___/___/200_ do Arquivo de _____, estudante do Curso de Psicologia Clínica no Instituto Superior de Psicologia Aplicada em Lisboa, vem por este meio pedir autorização para que possa efectuar a recolha de dados no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, no âmbito da sua Tese de Mestrado.

O estudo tem como público alvo primíparas, nomeadamente primíparas tardias e tem como objectivo, a comparação dos resultados obtidos com um grupo de estudo tendo em conta as atitudes sobre a gravidez e maternidade e os níveis de depressão, ansiedade e stress.

No âmbito deste estudo garante-se a confidencialidade das participantes assim como se compromete a fornecer os resultados do mesmo, caso seja do interesse do serviço.

Obrigada
Cordialmente com os melhores cumprimentos.

(Cátia Dinis Carvalho Lima)

(Professora Doutora Teresa Botelho)
Orientadora

Santarém, 3 de Dezembro de 2007

Anexo III

Carta de Consentimento Informado:

Eu _____, portadora do B.I nº _____, confirmo que participei de livre vontade no estudo no âmbito da Tese de Mestrado na área de Clínica, intitulada de “Filhos da maturidade: atitudes sobre a gravidez e maternidade, ansiedade depressão e stress em grávidas tardias”, tendo como objectivo aprofundar os conhecimentos existentes na área da Psicologia da Gravidez. Estudo elaborado por: Cátia Dinis Carvalho Lima, portadora do B.I. 12567403, estudante de Psicologia Clínica, aluna do Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Lisboa.

Tomei conhecimento de que: participarei numa “sessão” de 45 minutos, em que serão aplicados os instrumentos: “Questionário Sócio-demográfico”, “Questionário de atitudes sobre a gravidez e maternidade” e “Escala de ansiedade, depressão e stress”, assim como autorizo o tratamento dos dados recolhidos através destes questionário para fins do estudo acima mencionado, garantindo-se que este estudo não causará qualquer tipo de dano ou lesão para a participante, assim como, também se garante o anonimato dos dados pessoais e identificação da participante.

Tomei conhecimento:

(Participante)

Anexo IV

Questionário Sócio-demográfico:

Dados Pessoais da Gestante:

Nome: _____

Idade: _____

Localidade: _____

Filhos:

Sim Quantos? _____Não 1º Filho

Habilitações Literárias: _____

Situação profissional:

Empregada: Onde: _____Desempregada: De Baixa médica: Razão: _____

Estado Civil:

Casada: Quanto tempo: _____Solteira: União de facto: Quanto tempo: _____

Doenças:

Sim Quais: _____Não

Com quem vive:

Familiars: Quais: _____Namorado Marido: Familiars e Companheiro

Outros: _____

Dados da Gravidez:

Tipo de Gravidez:

Normal: Risco: _____

Semanas de Gestação: _____

Data de previsão para o parto: ___/___/___

Gravidez planeada: Gravidez não planeada: Gravidez desejada: Gravidez não desejada:

Reacção do pai da criança à gravidez:

Positiva: Negativa:

Obs.: _____

Reacção da própria à gravidez:

Positiva: Negativa:

Obs.: _____

Reacção da família à gravidez:

Positiva: Negativa:

Obs.: _____

Doenças Hereditárias:

Sim: Quais: _____Não:

Dados sobre o Bebe:

Sexo do bebé:

Ainda não sabe: Não quer saber: Menino: Menina:

Nome do Bebe: _____

Quem escolheu o nome: _____

Porquê? _____

Anexo V

EADS-21

Identificação:

Nome: _____

Data: ____/____/____ Idade: _____ Cod.: _____

Por favor, leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

Classificação:

0- não se aplicou nada a mim 1- aplicou-se a mim alguns vezes

2- aplicou-se a mim muitas vezes 3- aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1) Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2) Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3) Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4) Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5) Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6) Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7) Senti tremores (por ex.:nas mãos)	0	1	2	3
8) Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9) Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10) Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11) Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12) Senti dificuldades em me relaxar	0	1	2	3
13) Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14) Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15) Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16) Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17) Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18) Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19) Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3

20) Senti-me assustado sem ter tido uma razão para isso	0	1	2	3
21) Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

Anexo VI

EAGM

Identificação:

Nome: _____

Data: ____/____/____ Idade: _____ Cod.: _____

Por favor, leia atentamente as afirmações que se seguem e responda rapidamente, de acordo com a primeira ideia que lhe ocorrer. Note que não há respostas certas ou erradas, é apenas uma questão de opinião.

Classificação:

1-Sempre	2-Muitas Vezes	3-Poucas Vezes	4-Nunca	
1) Penso que vou ser uma boa mãe	1	2	3	4
2) Com a gravidez sinto-me mais responsável	1	2	3	4
3) A gravidez é um período difícil na vida de uma mulher	1	2	3	4
4) Desde que estou grávida que tenho necessidade de mais apoio	1	2	3	4
5) Considero a minha própria mãe como uma verdadeira amiga	1	2	3	4
6) Imagino-me a brincar com o meu filho	1	2	3	4
7) O apoio do marido/companheiro é muito importante durante a gravidez	1	2	3	4
8) Durante a gravidez tenho-me preocupado com o meu aspecto	1	2	3	4
9) Os bebés são todos iguais no primeiro ano de vida	1	2	3	4
10) Desde que estou grávida que me sinto mais próxima do meu marido/ companheiro	1	2	3	4
11) Imagino-me a passear com o bebé ao colo	1	2	3	4
12) Desde que se preste os cuidados básicos ao bebé, como dar-lhe de comer e mantê-lo limpo, tudo correrá bem	1	2	3	4
13) A minha mãe compreendia os meus problemas e preocupações	1	2	3	4
14) Estar grávida é um enorme desgaste psicológico	1	2	3	4
15) O meu marido / companheiro tem ajudado durante a gravidez	1	2	3	4
16) A gravidez está a fazer-me mudar para melhor	1	2	3	4
17) Tenho pensado no futuro do meu bebé	1	2	3	4
18) Uma criança põe uma mulher nervosa se esta tiver que estar com ela todo o dia	1	2	3	4
19) Ter filhos altera a vida de uma mulher	1	2	3	4
20) O pai não é importante para ajudar a criar o seu filho	1	2	3	4
21) Desde que estou grávida sinto que o meu marido/companheiro	1	2	3	4

compreende as minhas necessidades				
22) Desde que estou grávida que vejo a vida de forma diferente	1	2	3	4
23) Uma boa mãe afasta as crianças das dificuldades da vida	1	2	3	4
24) Este bebé vai alterar a minha vida	1	2	3	4
25) O apoio do meu marido / companheiro tem sido muito importante durante a gravidez	1	2	3	4
26) Imagino-me a brincar no jardim com o meu filho, quando ele for mais crescido	1	2	3	4
27) É importante ser eu a ensinar o meu filho a usar o bacio	1	2	3	4
28) A gravidez faz-me sentir importante	1	2	3	4
29) Desde que estou grávida que tenho necessidade de mais carinhos	1	2	3	4
30) Depois do bebé nascer a minha vida vai mudar	1	2	3	4
31) Imagino-me a mudar as fraldas ao meu bebé	1	2	3	4
32) As avós têm mais tempo para olhar pelas crianças	1	2	3	4
33) Estar grávida é um enorme desgaste físico	1	2	3	4
34) Preocupo-me com a capacidade do meu marido / companheiro lidar com o bebé	1	2	3	4
35) A minha mãe merece o meu respeito pela forma como me educou	1	2	3	4
36) Tenho pensado como a gravidez é uma fase muito importante na minha vida	1	2	3	4
37) A minha mãe não me ajudou tanto quanto eu necessitava	1	2	3	4
38) Tenho pensado que depois do bebé nascer a minha vida vai mudar	1	2	3	4
39) Estou preocupada com a minha capacidade para enfrentar o parto	1	2	3	4
40) Durante a gravidez tenho-me preocupado em arranjar-me e vestir roupas bonitas	1	2	3	4
41) Desde que estou grávida que me sinto uma pessoa diferente.	1	2	3	4
42) A minha mãe fazia-me mimos	1	2	3	4

Anexo VII

Output 4: Descrição estatística das variáveis ordinais em ambos os grupos.

	N
Habilitações Literárias	60
Valid N (listwise)	60

Output 5: Descrição estatística das variáveis ordinais do grupo 1.

	N
Habilitações Literárias	30
Valid N (listwise)	30

Output 6: Descrição estatística das variáveis ordinais do grupo 2.

	N
Habilitações Literárias	30
Valid N (listwise)	30

Output 7: Descrição estatística das variáveis nominais em ambos os grupos.

	N
Situação Profissional	60
Com quem vive	60
Planeamento e Desejabilidade da Gravidez	60
Reacção da própria à gravidez	60
Reacção do companheiro à gravidez	60
Reacção da família à gravidez	60
Género do Bebé	60
Escolha do nome do bebé	60
Valid N (listwise)	60

Output 8: Descrição estatística das variáveis nominais do grupo de estudo (grupo 1).

	N
Situação Profissional	30
Com quem vive	30
Planeamento e Desejabilidade da Gravidez	30
Reacção da própria à gravidez	30
Reacção do companheiro à gravidez	30
Reacção da família à gravidez	30
Género do Bebé	30
Escolha do nome do bebé	30
Valid N (listwise)	30

Output 9: Descrição estatística das variáveis nominais do grupo de grávidas tardias (grp.2).

	N
Situação Profissional	30
Com quem vive	30
Planeamento e Desejabilidade da Gravidez	30
Reacção da própria à gravidez	30
Reacção do companheiro à gravidez	30
Reacção da família à gravidez	30
Género do Bebé	30
Escolha do nome do bebé	30
Valid N (listwise)	30

Análise de Frequências:

Output 10: Análise de frequências das variáveis de razão de ambos os grupos.

		Idade	Tempo de Gestação
N	Valid	60	60
	Missing	0	0
Mean		31,72	32,00
Median		34,00	31,50
Mode		35	38
Std. Deviation		6,556	5,162
Variance		42,986	26,644
Skewness		-,489	,011
Std. Error of Skewness		,309	,309
Kurtosis		-,590	-1,348
Std. Error of Kurtosis		,608	,608
Minimum		17	24
Maximum		42	40
Percentiles	25	27,00	28,00
	50	34,00	31,50
	75	37,00	38,00

Output 11: Análise de frequências das variáveis de razão do grupo 1

		Idade	Tempo de Gestação
N	Valid	30	30
	Missing	0	0
Mean		26,23	32,13
Median		27,00	32,50
Mode		26	38
Std. Deviation		4,423	5,431
Variance		19,564	29,499
Skewness		-,625	-,100
Std. Error of Skewness		,427	,427
Kurtosis		-,267	-1,531
Std. Error of Kurtosis		,833	,833
Minimum		17	24
Maximum		33	40
Percentiles	25	24,00	28,00
	50	27,00	32,50
	75	29,25	38,00

Output 12: Análise de frequências das variáveis de razão do grupo 2

		Idade	Tempo de Gestação
N	Valid	30	30
	Missing	0	0
Mean		37,20	31,87
Median		37,00	31,00
Mode		35	29(a)
Std. Deviation		2,384	4,967
Variance		5,683	24,671
Skewness		,630	,141
Std. Error of Skewness		,427	,427
Kurtosis		-1,018	-1,122
Std. Error of Kurtosis		,833	,833
Minimum		35	24
Maximum		42	40
Percentiles	25	35,00	27,75
	50	37,00	31,00
	75	39,00	36,25

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

Output 13: Análise de frequências da variável ordinal de ambos os grupos

N	Valid	60
	Missing	0
Median		3,00
Mode		3(a)
Percentiles	25	2,00
	50	3,00
	75	6,00

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

Output 14: Análise de frequências da variável ordinal do grupo 1

N	Valid	30
	Missing	0
Median		3,00
Mode		2(a)
Percentiles	25	2,00
	50	3,00
	75	6,00

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

Output 15: Análise de frequências da variável ordinal do grupo 2

N	Valid	30
	Missing	0
Median		3,00
Mode		3
Percentiles	25	2,00
	50	3,00
	75	6,00

Output 16: Análise de frequências das variáveis nominais de ambos os grupos.

		Situação Profissional	Com quem vive	Planeamento e Desejabilidade da Gravidez	Reacção da própria à gravidez	Reacção do companheiro à gravidez	Reacção da família à gravidez	Género do Bebê	Escolha do nome do bebé
N	Valid	60	60	60	60	60	60	60	60
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mode		2	2	1	1	1	1	1	3

Output 17: Análise de frequências das variáveis nominais do grupo1.

		Situação Profissional	Com quem vive	Planeamento e Desejabilidade e da Gravidez	Reacção da própria à gravidez	Reacção do companheiro à gravidez	Reacção da família à gravidez	Género do Bebê	Escolha do nome do bebé
N	Valid	30	30	30	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mode		2	2	1	1	1	1	1	3

Output 18: Análise de frequências das variáveis nominais do grupo2.

		Situação Profissional	Com quem vive	Planeamento e Desejabilidade da Gravidez	Reacção da própria à gravidez	Reacção do companheiro à gravidez	Reacção da família à gravidez	Género do Bebê	Escolha do nome do bebé
N	Valid	30	30	30	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mode		2	2	1	1	1	1	1	3

Tabelas de análise de cada item

Análise das Idades

Grupo de Comparação		Frequency	Percent
Valid	17	1	3,3
	18	2	6,7
	19	1	3,3
	20	1	3,3
	22	1	3,3
	24	2	6,7
	25	2	6,7
	26	4	13,3
	27	3	10,0
	28	3	10,0
	29	3	10,0
	30	3	10,0
	31	1	3,3
	32	1	3,3
	33	2	6,7
	Total	30	100,0

Tabela 17: Análise de frequências e percentagens da idade do grupo de comparação

Grávidas Tardias		Frequency	Percent
Valid	35	13	43,3
	36	1	3,3
	37	4	13,3
	38	3	10,0
	39	3	10,0
	40	1	3,3
	41	4	13,3
	42	1	3,3
	Total	30	100,0

Tabela 18: Análise de Frequências e percentagens da idade das grávidas tardias

Análise das Habilitações Literárias:

	<i>Grupo de Comparação</i>		<i>Grávidas Tardias</i>	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
Ensino primário	1	3,3	1	3,3
Ensino básico	10	33,3	8	26,7
Ensino secundário	9	30,0	10	33,3
Curso Técnico	0	0	1	3,3
Bacharelato	0	0	1	3,3
Licenciatura	10	33,3	9	30,0
Total	30	100,0	30	100,0

Tabela 19: Análise de frequências e percentagens das Habilitações literárias

Análise da Situação Profissional:

	<i>Grupo de Comparação</i>		<i>Grávidas Tardias</i>	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
Desempregada	6	20,0	1	3,3
Empregada	16	53,3	18	60,0
Baixa médica	8	26,7	11	36,7
Total	30	100,0	30	100,0

Tabela 20: Análise de frequências e percentagens da Situação Profissional

Análise do Estado Civil:

	<i>Grupo de Comparação</i>		<i>Grávidas Tardias</i>	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
Solteira	4	13,3	1	3,3
Casada	12	40,0	15	50,0
União de Facto	12	40,0	14	46,7
Divorciada	2	6,7	0	0
Total	30	100,0	30	100,0

Tabela 21: Análise de frequências e percentagens do Estado Civil

Análise da Co-habitação:

	<i>Grupo de Comparação</i>		<i>Grávidas Tardias</i>	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
Familiars	4	13,3	0	0
Namorado ou marido	22	73,3	22	73,3
Familiars e marido	3	10,0	7	23,3
Sózinha	1	3,3	1	3,3
Total	30	100,0	30	100,0

Tabela 22: Análise de frequências e percentagens da co-habitação

Análise do Tipo de Gravidez:

	<i>Grupo de Comparação</i>		<i>Grávidas Tardias</i>	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
Normal	23	76,7	14	46,7
Risco	7	23,3	16	53,3
Total	30	100,0	30	100,0

Tabela 23: Análise de frequências e percentagens do Tipo de Gravidez

Análise do Tempo de Gestação:

	<i>Grupo de Comparação</i>		<i>Grávidas Tardias</i>	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
24	3	10,0	2	6,7
25	2	6,7	1	3,3
26	1	3,3	2	6,7
27	0	0	2	6,7
28	5	16,7	1	3,3
29	1	3,3	3	10,0
30	1	3,3	2	6,7
31	1	3,3	3	10,0
32	1	3,3	1	3,3
33	3	10,0	2	6,7
34	0	0	1	3,3
35	1	3,3	2	6,7
36	0	0	1	3,3
37	0	0	1	3,3
38	10	33,3	2	6,7
39	0	0	2	6,7
40	1	3,3	2	6,7
Total	30	100,0	30	100,0

Tabela 24: Análise de frequências e percentagens do Tempo de Gestação

Análise do Planeamento e Desejabilidade da gravidez:

	<i>Grupo de Comparação</i>		<i>Grávidas Tardias</i>	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
planeada/desejada	20	66,7	21	70,0
Não planeada/não desejada	3	10,0	1	3,3
Não planeada/desejada	7	23,3	8	26,7
Total	30	100,0	30	100,0

Tabela 25: Análise de frequências e percentagens do Planeamento e Desejabilidade da gravidez

Análise da Reacção da própria à gravidez:

	<i>Grupo de Comparação</i>		<i>Grávidas Tardias</i>	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
Positiva	28	93,3	28	93,3
Negativa	2	6,7	2	6,7
Total	30	100,0	30	100,0

Tabela 26: Análise de frequências e percentagens da Reacção da própria à gravidez

Análise da Reacção do companheiro à gravidez:

	<i>Grupo de Comparação</i>		<i>Grávidas Tardias</i>	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
Positiva	28	93,3	29	96,7
Negativa	2	6,7	1	3,3
Total	30	100,0	30	100,0

Tabela 27: Análise de frequências e percentagens da Reacção do companheiro à gravidez

Análise da Reacção da família à gravidez:

	<i>Grupo de Comparação</i>		<i>Grávidas tardias</i>	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
Positiva	29	96,7	28	93,3
Negativa	1	3,3	2	6,7
Total	30	100,0	30	100,0

Tabela 28: Análise de frequências e percentagens da Reacção da família à gravidez

Análise do Género do Bebé:

	<i>Grupo de Comparação</i>		<i>Grávidas Tardias</i>	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
Masculino	21	70,0	18	60,0
Feminino	9	30,0	12	40,0
Total	30	100,0	30	100,0

Tabela 29: Análise de frequências e percentagens do Género do Bebé

Análise de quem escolheu o nome do bebé:

	<i>Grupo de Comparação</i>		<i>Grávidas Tardias</i>	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
Mãe	5	16,7	3	10,0
Pai	3	10,0	3	10,0
Mãe e Pai	13	43,3	12	40,0
Ainda não tem	7	23,3	11	36,7
Outros	2	6,7	1	3,3
Total	30	100,0	30	100,0

Tabela 30: Análise de frequências e percentagens de quem escolheu o nome do bebé

Output 21: Descrição estatística, das sub-escalas ansiedade, depressão e *Stress* para o grupo 2.

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation	Variance	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
Depressão	30	8	0	8	1,43	,373	2,046	4,185	1,928	,427	3,800	,833
Ansiedade	30	8	0	8	2,67	,393	2,155	4,644	,642	,427	-,191	,833
Stress	30	10	0	10	3,97	,535	2,930	8,585	,352	,427	-,925	,833
Valid N (listwise)	30											

Análise de Frequências:

Output 22: Análise de frequências das variáveis de ambos os grupos.

		Depressão	Ansiedade	Stress
N	Valid	60	60	60
	Missing	0	0	0
Mean		1,48	2,63	4,15
Std. Error of Mean		,308	,318	,418
Median		1,00	2,00	4,00
Mode		0	0(a)	1
Std. Deviation		2,383	2,463	3,241
Skewness		2,735	1,587	,739
Std. Error of Skewness		,309	,309	,309
Kurtosis		9,377	4,126	,118
Std. Error of Kurtosis		,608	,608	,608
Range		13	13	14
Minimum		0	0	0
Maximum		13	13	14
Sum		89	158	249
Percentiles	25	,00	1,00	1,00
	50	1,00	2,00	4,00
	75	2,00	4,00	6,00

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

Output 23: Análise de frequências das variáveis do grupo 1.

		Depressão	Ansiedade	Stress
N	Valid	30	30	30
	Missing	0	0	0
Mean		1,53	2,60	4,33
Std. Error of Mean		,495	,507	,651
Median		,50	2,00	4,00
Mode		0	1	1(a)
Std. Deviation		2,713	2,774	3,565
Skewness		3,052	2,055	,920
Std. Error of Skewness		,427	,427	,427
Kurtosis		11,024	5,844	,414
Std. Error of Kurtosis		,833	,833	,833
Range		13	13	14
Minimum		0	0	0
Maximum		13	13	14
Sum		46	78	130
Percentiles	25	,00	1,00	1,00
	50	,50	2,00	4,00
	75	2,00	4,00	7,25

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

Output 24: Análise de frequências das variáveis do grupo2.

		Depressão	Ansiedade	Stress
N	Valid	30	30	30
	Missing	0	0	0
Mean		1,43	2,67	3,97
Std. Error of Mean		,373	,393	,535
Median		1,00	2,00	3,50
Mode		0	2	1
Std. Deviation		2,046	2,155	2,930
Skewness		1,928	,642	,352
Std. Error of Skewness		,427	,427	,427
Kurtosis		3,800	-,191	-,925
Std. Error of Kurtosis		,833	,833	,833
Range		8	8	10
Minimum		0	0	0
Maximum		8	8	10
Sum		43	80	119
Percentiles	25	,00	1,00	1,00
	50	1,00	2,00	3,50
	75	2,25	4,25	6,00

Tabelas de análise de cada sub-escala:

Análise da sub-escala “Ansiedade”

Pontuação	<i>Grupo de Comparação</i>		<i>Grávidas Tardias</i>	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
0	6	20,0	16	20,0
1	7	23,3	3	10,0
2	5	16,7	7	23,3
3	3	10,0	6	20,0
4	5	16,7	1	3,3
5	1	3,3	3	10,0
6	0	0	3	10,0
7	2	6,7	0	0
8	0	0	1	3,3
13	1	3,3	0	0
Total	30	100,0	30	100,0

Tabela 31: Análise de percentagens da sub-escala “Ansiedade”

Análise da sub-escala “Depressão”

Pontuação	<i>Grupo de Comparação</i>		<i>Grávidas Tardias</i>	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
0	15	50,0	14	46,7
1	5	16,7	6	20,0
2	5	16,7	7	10,0
3	1	3,3	14	13,3
4	2	6,7	1	3,3
7	1	3,3	1	3,3
8	0	0	1	3,3
13	1	3,3	0	0
Total	30	100,0	30	100,0

Tabela 32: Análise de percentagens da sub-escala “Depressão”

Análise da sub-escala “Stress”

Pontuação	<i>Grupo de Comparação</i>		<i>Grávidas Tardias</i>	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
0	3	10,0	3	10,0
1	5	16,7	6	20,0
2	3	10,0	2	6,7
3	3	10,0	4	13,3
4	5	16,7	2	6,7
5	2	6,7	2	6,7
6	1	3,3	5	16,7
7	1	3,3	3	10,0
8	4	13,3	0	0
9	0	0	2	6,7
10	1	3,3	1	3,3
11	1	3,3	0	0
14	1	3,3	0	0
Total	30	100,0	30	100,0

Tabela 33: Análise de percentagens da sub-escala “Stress”

“Questionário de Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade– EAGM”

Análise Descritiva

Output 25: Descrição estatística, das sub-escalas, para ambos os grupos.

	N		Range		Minimum		Maximum		Mean		Std. Deviation		Variance		Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
Filho Imaginado	60		12,0		7,0		19,0		10,400	,3598	2,7874		7,769		,727	,309	,185	,608
Boa Mãe	60		16		12		28		18,85	,511	3,957		15,655		,154	,309	-,688	,608
Gravidez como Factor de Mudança Aspectos Difíceis da_Gravidez /Maternidade	60		13		6		19		10,17	,388	3,004		9,023		,871	,309	,916	,608
Relação com a própria mãe	60		20		11		31		22,40	,563	4,358		18,990		-,324	,309	,056	,608
Apoio do Marido/compañheiro	60		12		4		16		6,53	,358	2,777		7,711		1,747	,309	3,469	,608
Imagem corporal e necessidade de dependência	60		9		4		13		5,97	,281	2,178		4,745		1,530	,309	2,214	,608
Valid N (listwise)	60		12		4		16		8,42	,325	2,520		6,349		,562	,309	,764	,608

Output 27: Descrição estatística, das sub-escalas, para o grupo 2.

	N	Range	Minimum	Maximum	Sum	Mean	Std. Deviation	Variance	Skewness	Kurtosis			
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
Filho Imaginado	30	9,0	7,0	16,0	305,0	10,167	,4423	2,4224	5,868	,634	,427	-,405	,833
Boa Mãe	30	16	12	28	576	19,20	,658	3,605	12,993	,053	,427	,092	,833
Gravidez como Factor de Mudança Aspectos Difíceis da_Gravidez /Maternidad e Relação com a própria mãe	30	13	6	19	329	10,97	,586	3,211	10,309	,615	,427	,369	,833
Apoio do Marido/comp anheiro	30	19	11	30	652	21,73	,863	4,727	22,340	-,432	,427	-,208	,833
Imagem corporal e necessidade de dependência	30	6	4	10	193	6,43	,317	1,736	3,013	,332	,427	-,888	,833
Valid N (listwise)	30	9	4	13	175	5,83	,378	2,069	4,282	1,840	,427	4,027	,833
	30	12	4	16	270	9,00	,491	2,691	7,241	,455	,427	,677	,833

Análise de Frequências:

Output 28: Análise de frequências das sub-escalas para ambos os grupos.

		Filho Imaginado	Boa Mãe	Gravidez como Factor de Mudança	Aspectos Díficeis da_Gravidez/Materni dade	Relação com a própria mãe	Apoio do Marido/companheiro	Imagem corporal e necessidade de dependência
N	Valid	60	60	60	60	60	60	60
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		10,400	18,85	10,17	22,40	6,53	5,97	8,42
Std. Error of Mean		,3598	,511	,388	,563	,358	,281	,325
Median		10,000	19,00	10,00	22,50	6,00	5,00	8,00
Mode		7,0(a)	20	8	24	4	4	8
Std. Deviation		2,7874	3,957	3,004	4,358	2,777	2,178	2,520
Skewness		,727	,154	,871	-,324	1,747	1,530	,562
Std. Error of Skewness		,309	,309	,309	,309	,309	,309	,309
Kurtosis		,185	-,688	,916	,056	3,469	2,214	,764
Std. Error of Kurtosis		,608	,608	,608	,608	,608	,608	,608
Range		12,0	16	13	20	12	9	12
Minimum		7,0	12	6	11	4	4	4
Maximum		19,0	28	19	31	16	13	16
Sum		624,0	1131	610	1344	392	358	505
Percentiles	25	8,000	15,25	8,00	19,00	4,25	4,00	7,00
	50	10,000	19,00	10,00	22,50	6,00	5,00	8,00
	75	12,000	21,75	12,00	25,00	7,75	7,00	9,00

Output 29: Análise de frequências das sub-escalas para do grupo 1.

		Filho Imaginado	Boa Mãe	Gravidez como Factor de Mudança	Aspectos Díficeis da_Gravidez/Materni dade	Relação com a própria mãe	Apoio do Marido/companheiro	Imagem corporal e necessidade de dependência
N	Valid	30	30	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		10,63 3	18,5 0	9,37	23,07	6,63	6,10	7,83
Std. Error of Mean		,5723	,787	,473	,716	,649	,422	,407
Median		10,50 0	18,0 0	9,00	23,50	5,00	5,50	8,00
Mode		7,0	14	8	19	4	4	8
Std. Deviation		3,134 7	4,31 3	2,593	3,921	3,557	2,310	2,230
Skewness		,688	,298	1,155	,068	1,643	1,345	,524
Std. Error of Skewness		,427	,427	,427	,427	,427	,427	,427
Kurtosis		,142	- 1,03 8	2,720	-,028	1,873	1,478	1,025
Std. Error of Kurtosis		,833	,833	,833	,833	,833	,833	,833
Range		12,0	15	12	17	12	9	10
Minimum		7,0	12	6	14	4	4	4
Maximum		19,0	27	18	31	16	13	14
Sum		319,0	555	281	692	199	183	235
Percentiles	25	7,750	14,0 0	7,75	19,75	4,00	4,00	6,00
	50	10,50 0	18,0 0	9,00	23,50	5,00	5,50	8,00
	75	13,00 0	21,5 0	11,00	25,25	7,25	7,00	9,00

Output 30: Análise de frequências das sub-escalas para do grupo 2.

		Filho Imaginado	Boa Mãe	Gravidez como Factor de Mudança	Aspectos Díficeis da_Gravidez/Materni dade	Relação com a própria mãe	Apoio do Marido/companheiro	Imagem corporal e necessidade de dependência
N	Valid	30	30	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		10,16 7	19,2 0	10,97	21,73	6,43	5,83	9,00
Std. Error of Mean		,4423	,658	,586	,863	,317	,378	,491
Median		10,00 0	19,5 0	11,00	21,50	6,00	5,00	8,50
Mode		8,0	20	13	24	5	5	8
Std. Deviation		2,422 4	3,60 5	3,211	4,727	1,736	2,069	2,691
Skewness		,634	,053	,615	-,432	,332	1,840	,455
Std. Error of Skewness		,427	,427	,427	,427	,427	,427	,427
Kurtosis		-,405	,092	,369	-,208	-,888	4,027	,677
Std. Error of Kurtosis		,833	,833	,833	,833	,833	,833	,833
Range		9,0	16	13	19	6	9	12
Minimum		7,0	12	6	11	4	4	4
Maximum		16,0	28	19	30	10	13	16
Sum		305,0	576	329	652	193	175	270
Percentiles	25	8,000	16,7 5	8,00	19,00	5,00	4,00	7,75
	50	10,00 0	19,5 0	11,00	21,50	6,00	5,00	8,50
	75	12,00 0	22,0 0	13,00	25,00	8,00	6,25	11,00

Tabelas de análise de cada sub-escala:

Análise da sub-escala “Filho Imaginado”

Pontuação	<i>Grupo de Comparação</i>		<i>Grávidas Tardias</i>	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
7	7	23,3	3	10,0
8	3	10,0	7	23,3
9	1	3,3	4	13,3
10	4	13,3	4	13,3
11	5	16,7	3	10,0
12	2	6,7	4	13,3
13	2	6,7	1	3,3
14	3	10,0	3	10,0
15	1	3,3	0	0
16	1	3,3	1	3,3
19	1	3,3	0	0
Total	30	100,0	30	100,0

Tabela 34: Análise de percentagens da sub-escala “Filho imaginado”

Análise da sub-escala “Boa mãe”

Pontuação	<i>Grupo de Comparação</i>		<i>Grávidas Tardias</i>	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
12	2	6,7	1	3,3
13	6	20,0	1	3,3
14	0	0	1	3,3
15	1	3,3	3	10,0
16	3	10,0	1	3,3
17	3	10,0	1	3,3
18	0	0	4	13,3
19	2	6,7	3	10,0
20	3	10,0	5	16,7
21	3	10,0	2	6,7
22	0	0	3	10,0
23	2	6,7	2	6,7
24	1	3,3	2	6,7
25	3	10,0	0	0
27	1	3,3	0	0
28	0	0	1	3,3
Total	30	100,0	30	100,0

Tabela 35: Análise de percentagens da sub-escala “Boa mãe”

Análise da sub-escala “Gravidez como factor de mudança/crescimento pessoal”

Pontuação	<i>Grupo de Comparação</i>		<i>Grávidas Tardias</i>	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
6	4	13,3	2	6,7
7	3	10,0	2	6,7
8	6	20,0	4	13,3
9	4	13,3	2	6,7
10	3	10,0	4	13,3
11	4	13,3	3	10,0
12	5	16,7	4	13,3
13	0	0	5	16,7
15	0	0	2	6,7
18	1	3,3	1	3,3
19	0	0	1	3,3
Total	30	100,0	30	100,0

Tabela 36: Análise de percentagens da sub-escala “Gravidez como factor de mudança/crescimento pessoal”

Análise da sub-escala “Aspectos difíceis da gravidez e maternidade”

Pontuação	<i>Grupo de Comparação</i>		<i>Grávidas Tardias</i>	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
11	0	0	1	3,3
12	0	0	1	3,3
14	1	3,3	0	0
15	0	0	1	3,3
16	0	0	1	3,3
17	0	0	1	3,3
18	1	3,3	1	3,3
19	5	16,7	3	10,0
20	2	6,7	4	13,3
21	1	3,3	2	6,7
22	4	13,3	1	3,3
23	1	3,3	0	0
24	4	13,3	5	16,7
25	4	13,3	3	10,0
26	3	10,0	0	0
27	0	0	3	10,0
28	1	3,3	2	6,7
30	2	6,7	1	3,3
31	1	3,3	0	0
Total	30	100,0	30	100,0

Tabela 37: Análise de percentagens da sub-escala “Aspectos difíceis da gravidez e maternidade”

Análise da sub-escala “Relação com própria mãe”

Pontuação	<i>Grupo de Comparação</i>		<i>Grávidas Tardias</i>	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
4	11	36,7	4	13,3
5	5	16,7	7	23,3
6	4	13,3	5	16,7
7	3	10,0	6	20,0
8	1	3,3	3	10,0
9	1	3,3	4	13,3
10	0	0	1	3,3
11	2	6,7	0	0
14	1	3,3	0	0
16	2	6,7	0	0
Total	30	100,0	30	100,0

Tabela 38: Análise de percentagens da sub-escala “Relação com a própria mãe”

Análise da sub-escala “Apoio do marido/companheiro”

Pontuação	<i>Grupo de Comparação</i>		<i>Grávidas Tardias</i>	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
4	9	30,0	8	26,7
5	6	20,0	9	30,0
6	6	20,0	6	20,0
7	3	10,0	2	6,7
8	1	3,3	2	6,7
9	1	3,3	1	3,3
10	3	10,0	1	3,3
13	1	3,3	1	3,3
Total	30	100,0	30	100,0

Tabela 39: Análise de percentagens da sub-escala “Apoio do marido/companheiro”

Análise da sub-escala “imagem corporal e necessidade de dependência”

Pontuação	<i>Grupo de Comparação</i>		<i>Grávidas Tardias</i>	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
4	2	6,7	2	6,7
5	3	3,3	1	3,3
6	3	3,3	0	0
7	3	3,3	4	13,3
8	9	30,0	8	26,7
9	6	20,0	5	16,7
10	1	3,3	2	6,7
11	1	3,3	2	6,7
12	1	3,3	4	13,3
14	1	3,3	1	3,3
16	0	0	1	3,3
Total	30	100,0	30	100,0

Tabela 40: Análise de percentagens da sub-escala “Imagem corporal e necessidade de dependência”

Anexo VIII

“Questionário de Ansiedade, Depressão e *Stress* – EADS-21”

Comparação das sub-escalas para cada grupo de estudo

Testar a normalidade, através da aplicação do teste Kolmogorov-Smirnov

Output 31: Tests of Normality para a escala EADS-21

Grupo		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Depressão	g. de comparação	,286	30	,000	,608	30	,000
	grávidas tardias	,251	30	,000	,726	30	,000
Ansiedade	g. de comparação	,186	30	,010	,797	30	,000
	grávidas tardias	,172	30	,024	,919	30	,025
Stress	g. de comparação	,171	30	,026	,916	30	,021
	grávidas tardias	,144	30	,112	,933	30	,058

Aplicação do teste Mann-Whitney

Output 32: Ranks do teste Mann-Whitney para a escala EADS-21

grupo		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Depressão	g. de comparação	30	30,03	901,00
	grávidas tardias	30	30,97	929,00
	Total	60		
Ansiedade	g. de comparação	30	29,33	880,00
	grávidas tardias	30	31,67	950,00
	Total	60		
Stress	g. de comparação	30	30,97	929,00
	grávidas tardias	30	30,03	901,00
	Total	60		

Output 33: Test Statistics(a), Mann-Whitney para a escala EADS-21

	Depressão	Ansiedade	Stress
Mann-Whitney U	436,000	415,000	436,000
Wilcoxon W	901,000	880,000	901,000
Z	-,221	-,524	-,208
Asymp. Sig. (2-tailed)	,825	,600	,835

a Grouping Variable: grupo

“Questionário de Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade - EAGM”
--

Comparação das sub-escalas para cada grupo de estudo

Testar a normalidade, através da aplicação do teste Kolmogorov-Smirnov

Output 34: Tests of Normality para a escala EAGM

grupo		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Filho Imaginado	g. de comparação grávidas tardias	,133	30	,186	,920	30	,028
		,152	30	,076	,927	30	,040
Boa Mãe	g. de comparação grávidas tardias	,136	30	,164	,942	30	,101
		,103	30	,200(*)	,982	30	,865
Gravidez como Factor de Mudança	g. de comparação grávidas tardias	,134	30	,177	,895	30	,006
		,130	30	,200(*)	,953	30	,202
Aspectos Difíceis da Gravidez/Maternidade	g. de comparação grávidas tardias	,094	30	,200(*)	,970	30	,542
		,151	30	,079	,967	30	,450
Relação com a própria mãe	g. de comparação grávidas tardias	,237	30	,000	,745	30	,000
		,162	30	,043	,931	30	,054
Apoio do Marido/companheiro	g. de comparação grávidas tardias	,217	30	,001	,832	30	,000
		,235	30	,000	,797	30	,000
Imagem corporal e necessidade de dependência	g. de comparação grávidas tardias	,167	30	,032	,942	30	,103
		,167	30	,033	,950	30	,165

* This is a lower bound of the true significance.; a Lilliefors Significance Correction

Aplicação do teste T-Student

Output 35: Group Statistics do teste T-Student para a escala EAGM

grupo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Filho Imaginado	30	10,63	3,135	,572
grávidas tardias	30	10,17	2,422	,442
Boa Mãe	30	18,50	4,313	,787
grávidas tardias	30	19,20	3,605	,658
Gravidez como Factor de Mudança	30	9,37	2,593	,473
grávidas tardias	30	10,97	3,211	,586
Aspectos Difíceis da Gravidez/Maternidade	30	23,07	3,921	,716
grávidas tardias	30	21,73	4,727	,863

Output 36: Independent Samples Test para a escala EAGM

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Upper	Lower
Filho Imaginado	Equal variances assumed	1,473	,230	,645	58	,521	,467	,723	-981	1,914
	Equal variances not assumed			,645	54,531	,522	,467	,723	-983	1,916
Boa Mãe	Equal variances assumed	2,606	,112	-.682	58	,498	-.700	1,026	-2,754	1,354
	Equal variances not assumed			-.682	56,227	,498	-.700	1,026	-2,756	1,356
Gravidez como Factor de Mudança	Equal variances assumed	1,118	,295	-2,123	58	,038	-1,600	,753	-3,108	-,092
	Equal variances not assumed			-2,123	55,538	,038	-1,600	,753	-3,110	-,090
Aspectos Difíceis da Gravidez/Maternidade	Equal variances assumed	1,334	,253	1,189	58	,239	1,333	1,121	-,911	3,578
	Equal variances not assumed			1,189	56,087	,239	1,333	1,121	-,913	3,579

Aplicação do teste Mann-Whitney

Output 37: Ranks do teste Mann-Whitney para a escala EAGM

	grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Relação com a própria mãe	g. de comparação	30	27,87	836,00
	grávidas tardias	30	33,13	994,00
	Total	60		
Apoio do Marido/companheiro	g. de comparação	30	31,22	936,50
	grávidas tardias	30	29,78	893,50
	Total	60		
Imagem corporal e necessidade de dependência	g. de comparação	30	26,70	801,00
	grávidas tardias	30	34,30	1029,00
	Total	60		

Output38: Test Statistics(a), Mann-Whitney para a escala EAGM

	Relação com a própria mãe	Apoio do Marido/comp anheiro	Imagem corporal e necessidade de dependência
Mann-Whitney U	371,000	428,500	336,000
Wilcoxon W	836,000	893,500	801,000
Z	-1,187	-,326	-1,713
Asymp. Sig. (2-tailed)	,235	,745	,087

a Grouping Variable: grupo

Anexo IX

Análise Correlativa

Output 39: Correlação entre a idade das gestantes e as sub-escalas do questionário “EADS”

		Idade	Ansiedade	Depressão	Stress
Idade	Pearson Correlation	1	-,087	-,183	-,100
	Sig. (2-tailed)		,507	,161	,447
	N	60	60	60	60

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Output 40: Correlação entre a idade das gestantes e as sub-escalas do questionário “EAGM”

		Filho Imaginado	Boa Mãe	Gravidez como Factor de Mudança	Aspectos Díficeis da Gravidez/Maternidade	Relação com a própria mãe	Apoio do Marido/companheiro	Imagem corporal e necessidade de dependência
Idade	Pearson Correlation	-,213	,078	,234	-,058	-,127	-,150	,166
	Sig. (2-tailed)	,101	,553	,072	,658	,332	,252	,204
	N	60	60	60	60	60	60	60

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Output 41: Correlação entre o tempo de gestação e as sub-escalas do questionário “EADS-21”

		Tempo de Gestação	Ansiedade	Depressão	Stress
Tempo de Gestação	Pearson Correlation	1	-,011	-,247	-,231
	Sig. (2-tailed)		,936	,057	,076
	N	60	60	60	60

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Output 42: Correlação entre o tempo de gestação e as sub-escalas do questionário “EAGM”

		Filho Imaginado	Boa Mãe	Gravidez como Factor de Mudança	Aspectos Díficeis da Gravidez/Maternidade	Relação com a própria mãe	Apoio do Marido/companheiro	Imagem corporal e necessidade de dependência
Tempo de Gestação	Pearson Correlation	-,068	,035	,087	,115	-,136	,057	,099
	Sig. (2-tailed)	,604	,791	,506	,380	,300	,664	,452
	N	60	60	60	60	60	60	60

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).; * Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Output 43: Correlação entre o habilitações literárias e as sub-escalas do questionário “EADS-21”

			Habilitações Literárias	Ansiedade	Depressão	Stress
Spearman's rho	Habilitações Literárias	Correlation Coefficient	1,000	,084	-,146	,075
		Sig. (2-tailed)	.	,524	,266	,567
		N	60	60	60	60

Output 45: Correlação entre as sub-escalas dos questionários “EADS-21” e “EAGM”

		Filho Imaginado	Boa Mãe	Gravidez como Factor de Mudança	Aspectos Difíceis da Gravidez/Maternidade	Relação com a própria mãe	Apoio do Marido/companheiro	Imagem corporal e necessidade de dependência	Ansiedade	Depressão	Stress
Filho Imaginado	Pearson Correlation		,579(**)	,111	,052	,434(**)	,463(**)	,304(*)	,274(*)	,427(*)	,175
	Sig. (2-tailed)		,000	,397	,692	,001	,000	,018	,034	,001	,180
	N		60	60	60	60	60	60	60	60	60
Boa Mãe	Pearson Correlation	,579(*)		,175	,317(*)	,413(**)	,281(*)	,428(**)	,026	,157	,072
	Sig. (2-tailed)	,000		,182	,014	,001	,030	,001	,846	,231	,585
	N	60		60	60	60	60	60	60	60	60
Gravidez como Factor de Mudança	Pearson Correlation	,111	,175		,115	,337(**)	,022	,398(**)	-,234	,007	,024
	Sig. (2-tailed)	,397	,182		,381	,009	,870	,002	,071	,955	,859
	N	60	60		60	60	60	60	60	60	60
Aspectos Difíceis da Gravidez /Maternidade	Pearson Correlation	,052	,317(*)	,115		-,085	-,179	,344(**)	-	-,340(*)	,265(*)
	Sig. (2-tailed)	,692	,014	,381		,518	,171	,007	,000	,008	,041
	N	60	60	60		60	60	60	60	60	60
Relação com a própria mãe	Pearson Correlation	,434(*)	,413(**)	,337(**)	-,085		,339(**)	,300(*)	,086	,283(*)	,119
	Sig. (2-tailed)	,001	,001	,009	,518		,008	,020	,513	,028	,365
	N	60	60	60	60		60	60	60	60	60
Apoio do Marido/comp anheiro	Pearson Correlation	,463(*)	,281(*)	,022	-,179	,339(**)		,030	,228	,232	,109
	Sig. (2-tailed)	,000	,030	,870	,171	,008		,818	,079	,075	,408
	N	60	60	60	60	60		60	60	60	60
Imagem corporal e necessidade de dependência	Pearson Correlation	,304(*)	,428(**)	,398(**)	,344(**)	,300(*)	,030		-,270(*)	-,028	-,163
	Sig. (2-tailed)	,018	,001	,002	,007	,020	,818		,037	,829	,212
	N	60	60	60	60	60	60		60	60	60
Ansiedade	Pearson Correlation	,274(*)	,026	-,234	-,442(**)	,086	,228	-,270(*)		,649(*)	,695(**)
	Sig. (2-tailed)	,034	,846	,071	,000	,513	,079	,037		,000	,000
	N	60	60	60	60	60	60	60		60	60
Depressão	Pearson Correlation	,427(*)	,157	,007	-,340(**)	,283(*)	,232	-,028	,649(*)		,579(**)
	Sig. (2-tailed)	,001	,231	,955	,008	,028	,075	,829	,000		,000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60		60
Stress	Pearson Correlation	,175	,072	,024	-,265(*)	,119	,109	-,163	,695(*)	,579(*)	
	Sig. (2-tailed)	,180	,585	,859	,041	,365	,408	,212	,000	,000	
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).; * Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

