



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

# ANSIEDADE E SUPORTE SOCIAL EM GRÁVIDAS IMIGRANTES

SOFIA ANTUNES SABINO GONÇALVES

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO MENDES PEDRO

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO MENDES PEDRO

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do  
grau de:

Mestre em Psicologia

Especialidade em Clínica

2009



Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professor Doutor António Mendes Pedro, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº19673 / 2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006

## AGRADECIMENTOS

Considerando que um trabalho de investigação é sempre resultado de uma equipa e não um acto individual, quero agradecer a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização e conclusão desta investigação.

Ao Professor Doutor António Mendes Pedro por ter aceite orientar a presente dissertação de mestrado, a quem admiro pelo seu grande nível de profissionalismo, competência e conhecimento.

À Dr<sup>a</sup> Conceição Faria, minha orientadora de monografia, expresso os meus sinceros agradecimentos pela forma como geriu e orientou toda a investigação.

Agradeço à Dr<sup>a</sup> Alexandra Raimundo pela simpatia e orientação no tratamento estatístico dos dados.

À Dr<sup>a</sup> Isabel Trindade, responsável pelo serviço de Psicologia da Sub-Região de Saúde de Lisboa e ao Administrador do Hospital Egas Moniz, pela oportunidade que me deram na recolha da amostra.

Em particular, os meus mais sinceros agradecimentos à Dr<sup>a</sup> Fátima Sancho, fisioterapeuta do Hospital Egas Moniz, pela facilidade que me deu na recolha de parte da amostra; à directora do centro de saúde da Alameda, Dr<sup>a</sup> Lurdes Gameiro; à directora do centro de saúde de S. João, Dr<sup>a</sup> Maria Virgínia Munha; ao director do centro de Saúde da Penha de França, Dr Joaquim Martins; e, em especial, às enfermeiras Luísa Marcelino e Catarina, por todo o carinho.

Agradeço igualmente à direcção da Ajuda de Mãe, em particular, à Eng.<sup>a</sup> Madalena Teixeira Duarte, pela possibilidade de ali recolher parte da amostra.

A todas as grávidas participantes, o meu profundo apreço pela possibilidade que me deram de tornar este projecto de investigação uma realidade.

À minha mãe e ao Artur, pela força, e por toda a compreensão, atenção, carinho e suporte emocional que me prestaram nas horas mais difíceis de realização deste trabalho.

**Resumo:** O principal objectivo deste estudo consiste em avaliar os níveis de ansiedade estado-traço e os níveis de satisfação com o suporte social em grávidas imigrantes e grávidas portuguesas, com base nas suas características sócio-demográficas. Conta com uma amostra de 60 grávidas (30 imigrantes e 30 portuguesas), com idades compreendidas entre os 18 e os 36 anos, utentes de centros de saúde da região de Lisboa. À referida amostra foram administrados os seguintes instrumentos: questionário sócio-demográfico; *Inventário de Ansiedade Estado-Traço* de Spielberger, traduzido por Silva & Santos (1997); e a *Escala de Satisfação com o Suporte Social* de Pais Ribeiro (1999), no sentido de caracterizar a amostra e avaliar, respectivamente, a ansiedade-estado, a ansiedade-traço e os níveis de satisfação com o suporte social, nomeadamente, a satisfação com os amigos, a satisfação com a família, a intimidade e as actividades sociais. Os resultados sugerem a presença de níveis elevados de ansiedade estado-traço nas grávidas imigrantes, e níveis inferiores de satisfação com o suporte social, pelo que a gravidez vivida em contexto de imigração, parece constituir um dos factores de risco desencadeantes de possíveis desajustamentos e perturbações emocionais.

Palavras-chave: Gravidez, Imigração, Ansiedade na Gravidez, Suporte Social.

**Abstract:** The main purpose of this study is to evaluate the levels of anxiety state-trait and levels of satisfaction with the social support of immigrant and Portuguese pregnant women, based on their social and demographic characteristics. The study was based on 60 pregnant women, 30 immigrants and 30 Portuguese. Mothers aged between 18 and 36 years old, most of them going to the consultation at Primary Health Care Centres in Lisbon region. The following instruments were applied: social and demographic questionnaire, “State-Trait Anxiety Inventory” by Spielberg, translated by Silva & Santos (1997), and “Escala de Satisfação com o Suporte Social – E.S.S.S.” by Pais Ribeiro (1999). The purpose was to characterize the sample and evaluate the state-anxiety, trait-anxiety and the satisfaction levels with the social support, mainly with friends, family, intimacy and social activities. The results suggest the presence of high levels of state-trait anxiety in immigrant pregnant women and lower levels of satisfaction with social support. The experience of a pregnancy in an immigration context, appears to be one of a risk factor causing possible derangements and emotional disturbances.

Key-words: Pregnancy, Immigration, Pregnancy’s Anxiety, Social Support

# **I – ÍNDICE**

## **I – Índice**

Lista de Anexos .....	VII
Lista de Tabelas .....	VII
<b>II – Introdução .....</b>	<b>8</b>
<b>III – Método</b>	
Participantes .....	13
Instrumentos .....	14
Questionário Sócio-Demográfico	
STAI – Inventário de Ansiedade Estado-Traço	
E.S.S.S. – Escala de Satisfação com o Suporte Social	
Procedimento .....	17
<b>IV – Resultados .....</b>	<b>18</b>
<b>V – Discussão de Resultados .....</b>	<b>22</b>
<b>VI – Conclusão .....</b>	<b>30</b>
<b>VII – Referências Bibliográficas .....</b>	<b>32</b>
<b>VIII – Anexos.....</b>	<b>36</b>

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO A: Revisão de Literatura.....	38
ANEXO B: Caracterização da Amostra.....	65
ANEXO C: Instrumentos:.....	75
Questionário Sócio-Demográfico	
Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI)	
Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	
ANEXO D: Carta de Pedido de Consentimento para Recolha da Amostra.....	80
ANEXO E: Folha de Rosto com Consentimento Informado.....	83
ANEXO F: Base de Dados da Análise Estatística.....	85
ANEXO G: Resultados do Teste Anova Oneway relativos à Variável Nacionalidade e às Variáveis Principais.....	86
ANEXO H: Resultados do Teste Correlação de Pearson entre Variáveis Principais.....	88
ANEXO I: Resultados do Teste de Correlação de Pearson entre Variáveis Principais e Variável de Imigração.....	90
ANEXO J: Resultados do Teste de Correlação de Pearson entre Variáveis Principais e Profissão.....	92
ANEXO K: Resultados do Teste de Correlação de Pearson entre Variáveis Principais e Estatuto Sócio-Económico.....	94

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Resultados do Teste Anova Oneway referentes à Ansiedade Estado-Traço

Tabela 2: Resultados do Teste Anova Oneway referentes ao Total da ESSS

Tabela 3: Resultados do Teste Anova Oneway referentes às Sub-Escalas da ESSS

## II – INTRODUÇÃO

Numerosas investigações no âmbito da gravidez têm demonstrado a importância e a complexidade deste estado no ciclo de vida de uma mulher. É um período de transições e ajustamentos físicos e psicológicos, que vão ser sentidos e ter um impacto diferente em cada mulher. As diferenças no modo de sentir e viver a gravidez relacionam-se com as características pessoais, traços de personalidade, história de vida e tipos de relações que se estabelecem com outros significativos (Canavaro, 2001). Por outro lado, podem sofrer a influência de aspectos culturais, já que o conceito adquire um significado diferente de cultura para cultura (Oliveira, et al, 2002).

Independentemente destes factores, a gravidez constitui-se, igualmente, como uma fase de importantes mudanças, corporais, sociais e identitárias, que se reflectem, não só no corpo físico como a nível psicológico.

É neste âmbito que Colman & Colman (1994), se referem ao período gravídico como um estado evocador de fragilidade emocional, devido às alterações associadas à mudança, que vão fazer emergir sentimentos de medo, ansiedade, insegurança, oscilação entre estados de

humor, necessidade de suporte e apoio e maior sensibilidade a vivências de stress.

Na mesma linha de raciocínio, Conde & Figueiredo (2003), baseando-se no modelo biopsicossocial, acrescentam a existência de factores, nomeadamente, factores demográficos (raça, idade, estado civil, situação profissional, nível económico); factores psicológicos (história pessoal, características da personalidade); factores psicossociais (ocorrência de acontecimentos de vida significativos e redes de suporte social disponíveis) e factores de ordem cultural, como influentes numa gravidez e cuja interacção, pode trazer como consequência o aumento significativo de ansiedade durante a gestação.

Em 2005 as mesmas autoras, enumeram estudos cujas conclusões revelam que a sintomatologia psicopatológica de tipo ansioso ou depressivo adquire uma maior taxa de prevalência na gravidez, quando comparada com o pós-parto ou com momentos não relacionados com a maternidade.

Costa, Larouch, Dritsa e Brender (1999), distinguem três componentes de ansiedade ao longo da gestação: a ansiedade relativa à experiência de luta ou discussão; a ansiedade associada à gravidez

(frequentemente conceptualizada como os medos que a mulher tem em relação à gestação e ao parto, à sua própria saúde e à saúde do bebê) e a ansiedade estado, vista como uma resposta emocional a stressores do meio.

Considerando, de um modo geral, a ansiedade, um constructo complexo, associado a um estado emocional caracterizado por sentimentos de tensão, preocupação, apreensão, medo, insegurança (ansiedade estado), ou, por outro lado, como uma estrutura ou maneira de ser permanente com propensão para a ansiedade (ansiedade traço) (Silva & Santos, 1997), parece-nos importante o seu estudo, na medida em que algumas investigações têm comprovado a existência de consequências, quer para a gestante, quer para o feto.

Embora, Santos (1993) considere a ansiedade a expressão de uma dinâmica psicológica saudável facilitadora do estabelecimento de elos de ligação da mãe para com o bebê, estudos mais recentes referem que, se a ansiedade for vivida com grande intensidade, pode originar graves problemas não só para a mãe como para o feto. As investigações sugerem como principais consequências, complicações obstétricas, aborto espontâneo (Conde &

Figueiredo, 2003), trabalho de parto prolongado, repercussões ao nível da saúde do feto (Glover, 2001), consequências para a saúde da mãe, parto prematuro (Dole, 2001), e também problemas ao nível do desempenho da maternidade (Rubin, in Barnard, 2003).

Estudos recentes têm vindo a acrescentar que, determinados acontecimentos de vida adversos, nomeadamente, situação profissional, económica, habitacional, acesso a cuidados de saúde, ambiente familiar, contexto psicossocial e ambiental são susceptíveis de influenciar o bem-estar na gravidez, devido a uma maior intensidade de preocupações e consequente ansiedade associada (Conde e Figueiredo, 2007).

Neste sentido, a origem de uma maior intensidade de ansiedade na gravidez, tem vindo a associar-se cada vez mais à influência de factores psicossociais, os quais de uma forma indirecta, estão significativamente relacionados com a incidência de graves problemas, não só na mãe como no feto, desde o início do desenvolvimento intra-uterino (Conde et al, 2008), tendo sido observadas complicações como, malformações craniofaciais e deficiências cardíacas no bebê (Hansen et al, 2001 in Conde & Figueiredo, 2005).

Dole (2001) conclui através de um estudo, que problemas psicossociais acrescidos, como acontecimentos de vida, depressão, ansiedade relativa à gravidez, suporte social, estilos de coping, discriminação e sensação de insegurança em mulheres com elevados níveis de ansiedade, originam um risco acrescido de parto prematuro, quando comparadas com mulheres com baixo nível de ansiedade.

Assim sendo, não será de admirar que numa gravidez vivida em contexto de imigração haja um acréscimo na sintomatologia ansiosa da gestante.

Lopes (2007) salienta, igualmente, a existência de factores pessoais, psicológicos, sócio-económicos, culturais e políticos, nomeadamente, os recursos pessoais, o nível de integração na sociedade de acolhimento, as redes sociais e de suporte e as políticas sociais de acolhimento, como susceptíveis de influenciar o estado de saúde dos imigrantes, em particular das mulheres.

Gamito (2004) afirma, inclusivé, que à ansiedade característica da gravidez, vem associada a ansiedade proveniente da situação de imigrante, dado o afastamento da sua rede de suporte mais próxima. Assim sendo, o suporte social adquire um

peso significativo nesta fase de vida das mulheres imigrantes.

Um estudo realizado por Pacheco et al (2005), conclui que a generalidade das grávidas planeia e antecipa suporte, durante a gravidez e na altura do parto, por parte de pessoas significativas.

Este estudo vem de encontro às teorias defendidas por Colman & Colman (1994), os quais se referem à gravidez como um período no qual a mulher manifesta uma maior carência afectiva, tornando-a muito dependente do carinho e da atenção dos outros logo, é natural observar-se uma maior necessidade de apoio amoroso, atenção e aceitação, sobretudo da parte de quem lhe é mais próximo.

O suporte social parece adquirir, desta forma, um papel fundamental neste período de maior fragilidade emocional.

O referido conceito foi definido por Sarason et al (1983) como “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que demonstram preocupar-se connosco, valorizar-nos e gostar de nós”. É também um conceito, concebido por muitos autores, como tendo efeitos directos e indirectos na saúde e no bem-estar do indivíduo. É um sistema constituído por redes formais e informais, do qual fazem parte, o núcleo

familiar e de amigos, os serviços informais (vizinhança) e os serviços comunitários (centros paroquiais, associações), que prestam apoio ao indivíduo, possibilitando a mobilização de recursos psicológicos, para conseguir uma boa gestão dos seus problemas (Caplan, 1974 in Ornelas, 1994). O suporte social adquire, portanto, um efeito benéfico na saúde física e mental das pessoas (Lepore, 1994), evitando a incidência de alguns tipos de perturbações mentais (Barrón, 1996, in Guterres, 2001).

Na gravidez, o mesmo adquire uma importância vital, na medida em que alguns estudos têm comprovado que um fraco suporte social e conjugal durante esta fase, pode vir a influenciar o aparecimento de sintomatologia ansiosa (Pereira, Santos & Ramalho, 1999). Estudos mais recentes, comprovam que a percepção de um fraco suporte social, tem sido cada vez mais associada à saúde mental, nomeadamente, a sintomatologia depressiva e ansiosa na gravidez e puerpério (Clay & Seehusen, 2004; Hung & Chung, 2001). Por outro lado, Collins et al. (1993), salientam que as mulheres que recebem um suporte social de elevada qualidade durante a gravidez, têm bebés mais saudáveis, com melhores índices de apgar, maior peso e são as que apresentam menor risco de depressão durante e depois da gravidez. Coutinho et al, (2002), reforçam esta ideia

considerando que um suporte social adequado proporciona às gestantes e puérperas um maior controle do ambiente e autonomia, fornecendo esperança, apoio e protecção.

As mulheres mais integradas socialmente são, deste modo, aquelas que tendem a apresentar menos complicações aquando de uma gravidez.

Assim sendo e, como já vimos, levar a bom termo todo o processo de adaptação profunda à mudança irá depender de uma grande variedade de factores, associados, não só a aspectos relativos à mãe, como ao meio (familiar, social e cultural).

Consideramos deste modo pertinente averiguar a forma como as condicionantes apresentadas (ansiedade e suporte social), vêm interferir em gravidezes ocorridas em contexto de imigração, dada a sua influência em gravidezes ditas “normais”.

O elevado fluxo migratório, observado em Portugal a partir dos anos 90, veio introduzir novas preocupações e intervenções no âmbito da saúde, tendo em conta as consequências, deste processo de mudança, na saúde mental dos indivíduos (Fonseca et al, 2005).

A imigração é considerada uma transição individual e psicológica, comparável a um ritual de transformação, que vem originar efeitos concretos nos imigrantes, nomeadamente, ao nível da própria identidade (Lechner, 2005). Processa-se um conjunto significativo de mudanças (sociais, culturais, económicas, psicológicas) e de perdas provocadas pela imigração (língua, cultura, situação social, família, amigos), que exigem ao imigrante um complexo processo de reorganização pessoal e um grande esforço de adaptação à mudança (Neto, 2003). De acordo com Shaik (2004), esta transição forçada constitui um factor de risco ao desenvolvimento de perturbações psicológicas, nomeadamente, de ansiedade.

Em Portugal, de um modo geral, a população imigrante é bastante heterogénea, aparecendo caracterizada por baixos níveis de escolarização e qualificação profissional, inserção tendencial em sectores onde é precária e instável a situação salarial e onde há um peso significativo de imigrantes em situação irregular desprovidos de um sistema de protecção social. São ainda observadas dificuldades em compreender e adoptar as normas sócio-culturais do país de acolhimento, assim como atitudes de discriminação que reforçam a exclusão social, reduzindo as possibilidades de

participar na vida colectiva, o que vem acentuar a vulnerabilidade (Lopes, 2007).

Nos últimos anos, tem-se vindo a assistir, a um aumento acentuado de mulheres imigrantes, na sua maioria em idade de procriação. Estas são oriundas do continente asiático, africano, sul-americano e dos países de leste.

Em Lisboa, as condições sócio-demográficas da maioria destas mulheres, caracterizam-se por condições habitacionais desfavoráveis, fraco suporte familiar e social, confrontando-se com dificuldades de várias ordens que impedem a sua integração e a consequente mobilidade social, conduzindo com frequência a um estado de desagregação, marginalidade e exclusão (Lopes, 2007).

Características como recursos pessoais, nível de integração na sociedade de acolhimento, redes sociais e de suporte, políticas sociais da sociedade de acolhimento e dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, são factores que têm vindo a influenciar o estado de saúde dos imigrantes, principalmente das mulheres (Lopes, 2007).

Investigações na área da saúde reprodutiva têm revelado a existência de piores indicadores de saúde associados à população imigrante, nomeadamente, no que se refere à mortalidade perinatal, baixo

peso à nascença e menor utilização de métodos contraceptivos (Essen, 2000; Mosher et al., 2004; Kornosky et al., 2007).

Neste sentido, não será de admirar que se observe um aumento da ansiedade em gravidezes ocorridas em contexto de imigração, tendo em conta que, à adaptação exigida pela condição de imigrante, se junta a adaptação necessária às mudanças gravídicas. Não deixando igualmente de assinalar, o afastamento do contexto social e familiar e o reflexo do mesmo na quantidade e qualidade de suporte emocional neste período de maior carência e fragilidade afectiva.

É com base nestas constatações que se fundamenta o presente estudo, o qual tem como principal objectivo investigar em que medida a situação social de imigração vem afectar os níveis de ansiedade e de suporte social nas grávidas imigrantes, comparando-as com grávidas de nacionalidade portuguesa.

As hipóteses formuladas foram as seguintes:

1. As grávidas imigrantes apresentam níveis de ansiedade-estado significativamente superiores aos das grávidas portuguesas.
2. As grávidas imigrantes apresentam níveis de ansiedade-traço

significativamente superiores aos das grávidas portuguesas.

3. As grávidas imigrantes apresentam níveis de satisfação com o suporte social significativamente inferiores aos das grávidas portuguesas.

As grávidas imigrantes com maiores níveis de ansiedade, apresentam níveis inferiores de satisfação com o suporte social.

### III – MÉTODO

#### Participantes

A amostra é constituída por 60 grávidas, das quais 30 são imigrantes e 30 são de nacionalidade portuguesa.

As participantes têm idades compreendidas entre os 18 e os 36 anos, com uma prevalência no grupo etário dos 25-30 anos (38%); o nível de escolaridade varia entre o 2º ciclo (2%), e o ensino superior (13%), com maior prevalência no ensino secundário (41%); 48% encontram-se no segundo trimestre de gestação e 52% no terceiro trimestre; 67% são primíparas e 33% são múltiparas; o estatuto sócio-económico varia entre o médio (59%), médio/baixo (23%) e baixo (18%); em relação ao estado civil, a maioria são casadas (48%), seguindo-se as solteiras (40%) e as que vivem em união de facto (12%); 60% pertencem à religião católica; e nenhuma possui antecedentes

psicopatológicos, nem gravidezes de risco, factos que poderiam influenciar os níveis de ansiedade. Pelo mesmo motivo tentámos eliminar a existência de situações de aborto, mas como não foi possível, reduzimos ao máximo o número destes casos (70% nunca tiveram aborto).

Um outro ponto a referir foi o facto de ter sido necessário excluir as grávidas pertencentes ao 1º trimestre de gestação, devido à pouca incidência de portuguesas no mesmo, o que vinha dificultar a homogeneização desta variável, apesar de haver conhecimento, pela literatura, de ser um trimestre propício ao desenvolvimento de sentimentos de ansiedade.

No caso das imigrantes, considerámos para além das anteriores, a pertença a alguma comunidade de imigrantes, a fim de averiguar se havia algum tipo de suporte grupal, contudo nenhuma participante assinalou este tópico, motivo pelo qual a variável não foi estudada. Também foi considerada a presença de outros membros da família em Portugal (73% têm pelo menos um elemento da família), para verificar se existe suporte familiar próximo. Relativamente, às nacionalidades das imigrantes, a percentagem mais elevada é atribuída à nacionalidade brasileira (41%), seguida da angolana (18%), da cabo-verdiana (10%) e da Romena (7%). As restantes

nacionalidades, nomeadamente, russa, ucraniana, cazaquistaneza, estoniana, guiniense, chinesa, moldava e italiana, apresentam cada uma, um valor percentual de 3%.

Resumindo, 50% são grávidas de nacionalidade portuguesa e das outras 50%, 21% são brasileiras, 16% são africanas e 13% são dos países de leste. (Ver Anexo B)

### **Instrumentos**

#### ***Questionário Sócio-Demográfico***

É composto por catorze itens, todos de resposta curta, construído especialmente para a caracterização das duas amostras em estudo. O questionário inclui sete itens referentes às características sócio-demográficas, nomeadamente, a idade, o estado civil, o grau de escolaridade, a profissão, a nacionalidade, a religião, o estatuto sócio-económico; quatro itens referentes à gravidez e ao que ela envolve como, o mês de gestação, o número de filhos, o número de gravidezes, as situações de aborto (variáveis de gravidez); um item avaliando a existência de antecedentes psicopatológicos; e dois itens de preenchimento exclusivo para o grupo das imigrantes, procurando averiguar a pertença a alguma comunidade de imigrantes e a presença de membros da

família em Portugal (variáveis de imigração). (Ver Anexo C)

### ***Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI)***

Foi utilizada a adaptação portuguesa do Inventário de Ansiedade Estado-Traço, realizada por Silva & Santos (1997). O instrumento foi desenvolvido por Spielberger, Gorsuch & Lushene em 1970, com a finalidade de se medir, de forma precisa, a ansiedade-estado e a ansiedade-traço em clínica e em investigação. Os autores utilizaram como base teórico-conceptual, a teoria de sinal de perigo de Freud e os conceitos de estado e de traço de ansiedade de Cattell, aperfeiçoados por Spielberger (Spielberger & Sydeman, 1995, cit por Silva & Santos, 1997).

A adaptação e tradução do instrumento para a população portuguesa foi realizada por Silva & Santos em 1997 e, para se proceder à avaliação das qualidades psicométricas, os autores calcularam a consistência interna das escalas de ansiedade-estado e de ansiedade-traço através do cálculo dos coeficientes alfa.

Estes foram obtidos por meio da fórmula 20 de Kuder-Richardson modificada por Cronbach (1951), tendo adquirido valores de 0,85, na escala de ansiedade-estado, e

de 0,86, na escala de ansiedade-traço, revelando-se satisfatórios.

A partir destes dados foram seleccionados dois conjuntos de 20 itens das escalas de ansiedade-estado e ansiedade-traço que deram origem à forma experimental portuguesa do STAI. O STAI é então, uma escala de auto-avaliação composta por 40 itens e constituída por duas sub-escalas: escala Y1 – que avalia a Ansiedade-Estado (o modo como o indivíduo se sente no momento – 20 itens); e a escala Y2 – que avalia a Ansiedade-Traço (o modo como o indivíduo se sente habitualmente – 20 itens). Ao responder à escala de ansiedade-estado, o indivíduo é instruído para escolher a opção que melhor descreve a intensidade dos seus sentimentos, nesse momento. Ao responder à escala de ansiedade-traço, o indivíduo é instruído para indicar como se sente geralmente, avaliando a frequência dos seus sentimentos de ansiedade.

Relativamente à cotação, os itens correspondentes à avaliação da ansiedade-estado são do tipo lickert numa escala que varia entre 1 e 4 (1 – “nada”, 2 – “um pouco”, 3 – “moderadamente”, 4 – “muito”), e os itens correspondentes à avaliação da ansiedade-traço são também do tipo lickert numa escala que varia de 1 a

4 (1 – “quase nunca”, 2 – “algumas vezes”, 3 – “frequentemente”, 4 – “quase sempre”), sendo o score final proporcional ao nível de ansiedade. (Ver Anexo C)

### **Escala de Satisfação com Suporte Social (ESSS)**

A Escala de Satisfação com o Suporte Social foi construída por Ribeiro em 1999, com o objectivo de medir a percepção que o indivíduo tem do suporte social existente à sua volta, tendo em consideração que esta percepção constitui uma dimensão fundamental a nível dos processos cognitivos e emocionais ligados ao bem-estar.

Inicialmente a escala foi construída com base na selecção de 20 itens, que se consideraram reflectir a satisfação dos indivíduos com a sua vida social, nomeadamente, as interacções com a família e amigos e as actividades sociais por eles desenvolvidas.

Mais tarde e, após uma análise mais detalhada dos componentes principais, foram seleccionados os itens com carga factorial superior a 0,40, ficando a escala reduzida a 15 itens, distribuídos por quatro sub-escalas ou dimensões explicativas de 63,1% da variância total (Ribeiro, 1999).

Foram, deste modo criadas as seguintes sub-escalas:

- a) Satisfação com os Amigos – contém 5 itens (3, 12, 13, 14 e 15), mede a satisfação com as amizades/amigos dos indivíduos, é explicativa de 35% da variância total e tem um coeficiente Alfa de Cronbach de 0,83;
- b) Intimidade – contém 4 itens (1, 4, 5 e 6), mede a percepção da existência de suporte social íntimo, é explicativa de 12,1% da variância total e tem um coeficiente Alfa de Cronbach de 0,74;
- c) Satisfação com Família – contém 3 itens (9, 10 e 11), mede a satisfação com o suporte familiar existente, é explicativa de 8,7% da variância total e tem um coeficiente Alfa de Cronbach de 0,74;
- d) Actividades Sociais – contém 3 itens (2, 7 e 8), mede a satisfação com as actividades sociais que o sujeito desenvolve, é explicativa de 7,3% da variância total e tem um coeficiente Alfa de Cronbach de 0,64;
- e) A escala total apresenta um coeficiente Alfa de Cronbach de 0,85;

A versão final da escala é então constituída por 15 afirmações de auto-preenchimento, nas quais o sujeito deverá assinalar o grau em que concorda com a afirmação (se ela a ele se aplica), numa escala de Likert com cinco possibilidades de resposta: A – “concordo totalmente”; B – “concordo na maior parte”; C – “não concordo nem

discordo”; D – “discordo na maior parte”; e E – “discordo totalmente”. (Ver Anexo C)

### **Procedimento**

Após a escolha do tema da investigação, foi efectuada uma recolha bibliográfica com o intuito de adquirir informação suficiente, que permitisse a realização deste estudo e, elaboradas duas cartas de pedido de consentimento para recolha da amostra (Ver Anexo D). As cartas foram destinadas à Sub-Região de Saúde de Lisboa, afim de pedir autorização para recolher a amostra em centros de saúde da região de Lisboa, e à direcção do Hospital Egas Moniz, com o propósito de recolher parte da amostra no espaço de aulas de preparação para o parto. O resto da amostra foi recolhida na I.P.S.S. Ajuda de Mãe. Nos três locais foi explicado em que consistia o estudo, quais os principais objectivos e o tipo de amostra que se pretendia obter.

Após consentimento das referidas instituições a amostra foi recolhida da seguinte forma:

No Hospital Egas Moniz, as grávidas foram abordadas no momento em que iniciavam as aulas de preparação para o parto. No início da aula era-lhes dado a conhecer o objectivo principal do estudo, ou seja, avaliar os níveis de ansiedade e a

satisfação com o suporte social em grávidas imigrantes comparativamente com grávidas de nacionalidade portuguesa, pedindo para isso a sua colaboração no preenchimento dos questionários. Após confirmação verbal das grávidas, foi entregue a cada uma delas um conjunto de 4 folhas, onde se incluía: a) folha de rosto com consentimento informado (Ver Anexo E); b) o Questionário Sócio-Demográfico; c) o Inventário de Ansiedade Estado-Traço de Spielberger; e d) a Escala de Satisfação com o Suporte Social de Pais Ribeiro.

Nos centros de saúde, as grávidas foram abordadas no momento em que esperavam a entrada para a consulta de saúde materna. Foi-lhes igualmente explicado em que consistia o estudo e qual o seu objectivo. De seguida, após o seu consentimento, foi-lhes pedido para preencherem um questionário, deixando bem claro que seria anónimo e confidencial. A ordem de preenchimento dos questionários foi a mesma do primeiro grupo.

Na “Ajuda de Mãe”, as grávidas preencheram os questionários no início da aula de informática, seguindo o mesmo procedimento de aplicação.

Para além da explicação oral dada, em todos os casos foi pedido que lessem atentamente as instruções, de modo a assegurar a sua boa compreensão e em caso de dúvida, poderiam esclarecê-la. A adesão das participantes foi, em geral, elevada, à excepção de um ou outro caso, de imigrantes de Leste que se demonstraram desconfiadas, considerando que teriam de pagar para preencher o questionário, eventualmente por ser um grupo frequentemente pressionado por máfias.

Os dados foram recolhidos no período de Janeiro a Abril de 2005.

Após a recolha dos respectivos elementos, criou-se uma base de dados no programa de análise estatística SPSS (Ver Anexo F), de modo a facilitar a análise descritiva, comparativa e correlacional do material adquirido.

Os dados para a caracterização da amostra foram obtidos através de análises de distribuições e frequências – análise descritiva.

A fim de verificar a existência (ou não) de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de grávidas – imigrantes e portuguesas – relativamente às variáveis principais, ansiedade-estado, ansiedade-traço e satisfação com o suporte

social, foi efectuada uma análise comparativa. Para a referida análise, recorreu-se à estatística paramétrica de comparação entre médias populacionais, através do Teste Anova Oneway, o qual permite a comparação de populações a partir de amostras independentes.

De forma a analisar a existência ou não de correlação entre as variáveis principais, ansiedade-estado, ansiedade-traço, escala total de satisfação com o suporte social e respectivas sub-escalas, e entre estas e as variáveis secundárias, relativamente ao grupo das imigrantes, foi realizada uma análise correlacional. Para tal utilizou-se a estatística não paramétrica, nomeadamente, o teste de Correlação de Pearson.

#### **IV – RESULTADOS**

Para uma melhor compreensão dos níveis de ansiedade e dos níveis de satisfação com o suporte social em grávidas imigrantes e em grávidas portuguesas, foi realizada uma análise comparativa com base nos resultados obtidos no Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI) e na Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).

Os resultados desta análise sugerem a existência de diferenças estatisticamente significativas relativamente aos níveis de ansiedade-traço ( $p \leq 0,0001$ ) entre os dois grupos de grávidas. A tabela 1 demonstra

que o grupo das imigrantes em estudo revela possuir níveis de ansiedade-traço superiores ( $\underline{M}$  - 42,10;  $\underline{d.p.}$ - 10,270), quando comparadas com as grávidas portuguesas ( $\underline{M}$  - 32,87;  $\underline{d.p.}$ - 6,761). Em relação à ansiedade estado, embora não se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, a comparação entre médias, permite-nos observar valores tendencialmente superiores no grupo das imigrantes ( $\underline{M}$  - 39,87;  $\underline{d.p.}$ - 10,611), comparativamente com o grupo das portuguesas ( $\underline{M}$  -35,33;  $\underline{d.p.}$ - 9,030).

**Tabela 1** – Resultados do Teste Anova Oneway referentes à Ansiedade Estado-Traço

	Imigrantes		Portuguesas		F
	$\underline{M}$	$\underline{d.p.}$	$\underline{M}$	$\underline{d.p.}$	
<b>Ansiedade Estado (Y1)</b>	39,87	10,611	35,33	9,030	3,176 (n.s.)
<b>Ansiedade Traço (Y2)</b>	42,10	10,270	32,87	6,761	16,918 (**)

Nível de Significância: (n.s.) não significativo; (\*\*) $p \leq 0,0001$

A análise estatística efectuada relativamente à Escala Total de Satisfação com o Suporte Social, permitiu-nos verificar que o grupo das imigrantes apresenta níveis de satisfação com o suporte social significativamente inferiores ( $\underline{M}$ - 47,53;  $\underline{d.p.}$ - 13,061), aos das grávidas

portuguesas em estudo ( $\underline{M}$ - 60,63;  $\underline{d.p.}$  11,473) ( $p \leq 0,0001$ ), tal como se pode verificar na tabela 2.

**Tabela 2** – Resultados do Teste Anova Oneway referentes ao total da ESSS

	Imigrantes		Portuguesas		F
	$\underline{M}$	$\underline{d.p.}$	$\underline{M}$	$\underline{d.p.}$	
<b>ESSS Total da Escala</b>	47,53	13,061	60,63	11,473	17,035

Nível de Significância:  $p \leq 0,0001$

Foi ainda possível observar pela análise das sub-escalas de Satisfação com o Suporte Social, que as grávidas imigrantes possuem níveis inferiores de “satisfação com os amigos” ( $p \leq 0,001$ ), “intimidade” ( $p \leq 0,0001$ ) e “satisfação com a família” ( $p \leq 0,01$ ), comparativamente ao grupo das portuguesas. Em relação à sub-escala “actividades sociais”, os dois grupos de grávidas não se distinguem de forma estatisticamente significativa, como se observa na tabela 3.

**Tabela 3** – Resultados do Teste Anova Oneway referentes às Sub-Escalas da ESSS

	Imigrantes		Portuguesas		F
	$\underline{M}$	$\underline{d.p.}$	$\underline{M}$	$\underline{d.p.}$	
<b>Satisfação Amigos (S.A.)</b>	16,40	5,648	20,93	3,868	13,156 (*)
<b>Intimidade (I)</b>	11,93	4,441	16,53	3,350	20,515 (**)
<b>Satisfação Família (S.F.)</b>	10,47	3,256	12,93	2,803	9,888 (***)
<b>Actividades Sociais (A.S.)</b>	8,73	3,841	10,23	3,501	2,499 (n.s.)

Nível de Significância: (\*)  $p \leq 0,001$ ; (\*\*)  $P \leq 0,0001$ ; (\*\*\*)  $p \leq 0,01$ ; (n.s.) não significativo

Uma análise mais pormenorizada do grupo das grávidas imigrantes, tendo por base os grupos de nacionalidades mais representativos, permitiu-nos ainda verificar para  $p \leq 0,001$ , a existência de níveis de ansiedade-traço mais elevados no grupo das africanas ( $\underline{M}$  - 45,33; d.p. - 9,474), seguido do grupo das brasileiras ( $\underline{M}$  - 42,00; d.p.-10,938) e do grupo das de leste ( $\underline{M}$  - 41,14; d.p.- 10,605), comparativamente com o grupo das portuguesas ( $\underline{M}$  - 32,87; d.p.- 6,761). (Ver Anexo G)

Em relação à escala total de satisfação com o suporte social, o grupo que apresenta um menor nível de satisfação com o suporte social é o grupo das africanas ( $\underline{M}$  - 43,67; d.p.- 13,509), seguido do grupo das de leste ( $\underline{M}$  - 46,86; d.p.- 13,945) e do grupo das brasileiras ( $\underline{M}$  - 49,00; d.p.- 12,563), comparativamente ao grupo das portuguesas ( $\underline{M}$  - 60,63; d.p.- 11,473) ( $p \leq 0,001$ ). (Ver AnexoG)

Na sub-escala “satisfação com os amigos”, os grupos em estudos distinguem-se com valores estatisticamente significativos ( $p \leq 0,01$ ), na medida em que o grupo das imigrantes de leste é o que apresenta um menor nível de satisfação com os amigos ( $\underline{M}$  - 15,86; d.p.-5,273), seguido das africanas ( $\underline{M}$  - 16,00; d.p.- 7,331) e das brasileiras ( $\underline{M}$  - 17,00; d.p.- 5,045),

comparativamente com o grupo das portuguesas ( $\underline{M}$  - 20,93; d.p.- 3,868). (Ver Anexo G)

Na sub-escala “intimidade” foram encontradas também diferenças estatisticamente significativas ( $p \leq 0,0001$ ), que vêm revelar a existência de um menor nível de satisfação com a intimidade no grupo das africanas ( $\underline{M}$  - 10,11; d.p.- 3,621), seguido do grupo das de leste ( $\underline{M}$  - 11,14; d.p.- 4,100) e do grupo das brasileiras ( $\underline{M}$  - 12,75; d.p.- 4,693), comparativamente com o grupo das portuguesas ( $\underline{M}$  - 16,53; d.p.-3,350) (Ver Anexo G).

Relativamente à sub-escala “satisfação com a família”, existem igualmente diferenças estatisticamente significativas ( $p \leq 0,01$ ), que nos revelam níveis inferiores de satisfação com a família no grupo das brasileiras ( $\underline{M}$  - 9,50; d.p.- 3,000), seguido do grupo das africanas ( $\underline{M}$  - 10,56; d.p.- 3,087) e do grupo das de leste ( $\underline{M}$  - 12,00; d.p.- 3,916), comparativamente com o grupo das portuguesas ( $\underline{M}$  - 12,93; d.p.- 2,803). (Ver Anexo G)

Na sub-escala “actividades sociais”, o grupo que apresenta menores níveis de satisfação com as actividades sociais é o das africanas ( $\underline{M}$  - 7,00; d.p.- 3,279),

seguido das de leste ( $\underline{M} - 7,86$ ; d.p.- 3,436) e das brasileiras ( $\underline{M} - 9,75$ ; d.p.- 4,048), comparativamente com o grupo das portuguesas ( $\underline{M} - 10,23$ ; d.p.- 3,501) ( $p \leq 0,05$ ). (Ver Anexo G)

Não sendo possível em termos estatísticos elaborar correlações entre as variáveis principais (ansiedade-estado, ansiedade-traço e satisfação com o suporte social) e as variáveis secundárias, tendo por base a comparação imigrantes/portuguesas, foram somente analisadas as correlações no grupo das imigrantes, considerando-se o principal em estudo.

Assim sendo, a análise correlacional entre as variáveis principais, ansiedade-estado, ansiedade-traço, satisfação com o suporte social e respectivas sub-escalas, revela que quanto maior é a ansiedade-estado nas imigrantes, maiores são os seus níveis de ansiedade-traço ( $r=0,80$ ;  $p \leq 0,01$ ), pelo que a ansiedade-traço vem influenciar a ansiedade-estado.

Por outro lado, verifica-se que quanto menor é o nível de satisfação com o suporte social total, incluindo “satisfação com os amigos”, “intimidade” e “actividades sociais”, maiores são os níveis de ansiedade estado-traço ( $r=-0,60$ ;  $p \leq 0,01$ ). (Ver Anexo H)

A análise das correlações entre a variável “presença de familiares em Portugal” e as variáveis principais, permite-nos verificar que as imigrantes que possuem maior número de familiares em Portugal, são aquelas que apresentam níveis mais elevados de ansiedade-estado ( $r=0,40$ ;  $p \leq 0,05$ ) e níveis mais baixos de satisfação com as actividades sociais ( $r=-0,40$ ;  $p \leq 0,05$ ). (Ver Anexo I)

Foram igualmente correlacionadas as variáveis principais com as variáveis de gravidez, número de filhos e número de gravidezes, em relação às quais não se encontraram correlações estatisticamente significativas. Relativamente às restantes variáveis de gravidez, trimestre de gestação e situações de aborto, não nos foi possível, por motivos estatísticos, estudar as suas correlações com as variáveis principais.

Foram ainda correlacionadas as variáveis principais com as variáveis sócio-demográficas “profissão” e “estatuto sócio-económico”. Observou-se que quanto maior é a qualificação profissional, maior é a ansiedade estado-traço ( $r=0,50$ ;  $p \leq 0,01$ ) (Ver Anexo J) e que quanto menor é o estatuto sócio-económico, maior é a ansiedade-traço ( $r=-0,50$ ;  $p \leq 0,01$ ) (Ver Anexo K). As restantes variáveis sócio-demográficas, não

revelaram correlações estatisticamente significativas.

Por questões estatísticas as variáveis estado civil e nacionalidade, não puderam ser correlacionadas.

## **V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

O presente estudo analisou os níveis de ansiedade e os níveis de satisfação com o suporte social em grávidas imigrantes, comparativamente com grávidas de nacionalidade portuguesa.

A primeira análise relativa à variável principal ansiedade estado, permitiu verificar a inexistência de diferenças estatisticamente significativas em relação aos dois grupos de grávidas, ainda que se verifiquem valores tendencialmente superiores nas grávidas imigrantes, pelo que esta tendência será igualmente interpretada.

Supomos que caso a dimensão da amostra fosse maior, pudessem eventualmente ser observadas diferenças estatisticamente significativas.

A variável ansiedade-traço, por seu lado, revelou diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente níveis mais elevados de ansiedade-traço nas grávidas imigrantes, comparativamente com as portuguesas.

Os resultados sugerem que a ansiedade estado parece constituir um factor característico do estado de gravidez em si, independentemente da existência ou não de uma situação de imigração.

Esta constatação vem de encontro ao que Colman & Colman defendem em 1994, ou seja, que todas as mulheres grávidas durante a gestação passam por um estado emocional alterado, do qual muitas vezes não têm consciência, mas que pode originar intensos sentimentos de ansiedade ou depressão, que se constituem como reacções normais à mudança. Não esquecendo, no entanto, que a estas mudanças se encontram subjacentes não só alterações no próprio corpo, como também as resultantes de complicações hipotéticas ou reais que podem ocorrer durante o período de gestação, ou das expectativas relativas aos novos papéis que se geram com a maternidade e em torno do bebé e que implicam uma obrigatória reestruturação na rede de relações familiares e sociais (Figueiredo, 2001).

Uma revisão de literatura realizada por Conde e Figueiredo (2003) vem reforçar a ideia de que a ansiedade na gravidez é considerada um denominador comum a qualquer processo gravídico normativo. As autoras consideram inclusive que, em algumas mulheres, a ansiedade pode

atingir níveis de risco, nomeadamente se estas estiverem sobre a influência de factores psicossociais, como é o caso da exposição a vivências de stresse.

Esta constatação parece vir de encontro ao resultado, relativo aos níveis tendencialmente superiores de ansiedade estado no grupo das imigrantes.

Enquanto a ansiedade estado nas grávidas portuguesas parece encontrar-se associada às características da gravidez e/ou a factores de ordem pessoal, nas imigrantes para além dos referidos, surgem os factores inerentes à condição de imigrante e às mudanças que esta implica. O confronto com a separação, a ausência de referências, o afastamento das suas raízes (Navarro, 2003), as dificuldades no acesso aos cuidados de saúde (Lopes, 2007), são susceptíveis de desencadear sentimentos de ansiedade. A acrescentar está ainda o nível de stresse, a que estão sujeitas sempre que se vêem confrontadas com reduzidas oportunidades de emprego ou mesmo com situações de despedimento motivadas pelo seu estado, num período de vida em que se torna imprescindível acumular o máximo de capital para melhorar a sua situação sócio-económica.

De facto, é este o grande e principal motivo de estadia no país de destino, a

influência de um forte desejo de ambição em mudar de vida, para o qual muito parece contribuir uma característica peculiar da personalidade dos imigrantes, associada a um sentimento comum de insatisfação, inquietação ou mesmo indignação em relação às condições de vida no país de origem, idealizando por melhorá-las. Um estudo citado por Rosa (2007) refere que muitos dos imigrantes são indivíduos insatisfeitos, com personalidades instáveis, crises de identidade não resolvidas e sentimentos de pressão para atingir determinados objectivos. Tais características parecem vir confirmar os resultados deste estudo relativamente aos níveis significativamente elevados de ansiedade, enquanto traço de personalidade, no grupo das grávidas imigrantes, quando comparado com as portuguesas.

Uma segunda análise permitiu-nos identificar que as grávidas imigrantes apresentam níveis significativamente inferiores de satisfação com o suporte social global, comparativamente com as grávidas portuguesas. Tal aspecto veio a manter-se nas sub-escalas, “satisfação com os amigos”, “intimidade” e “satisfação com a família”, com excepção para a sub-escala “actividades sociais”, na qual não se observaram diferenças significativas entre os dois grupos.

A imigração implica a passagem de uma sociedade para outra, na qual se assiste a uma interrupção das relações com a sociedade de origem e ao estabelecimento de outro tipo de relações com a sociedade de destino. O fenómeno migratório é assim considerado, uma complexa mudança do sistema de interações, a qual exige ao indivíduo a absorção de novas normas e a criação de novos contactos e relações com membros da nova sociedade, para que se possa criar um viver social consistente (Monteiro, 1997). Este aspecto pressupõe a existência de um processo complexo de integração do imigrante na sociedade de acolhimento, o que pressupõe a aceitação do mesmo como indivíduo possuidor de uma identidade, cultura, valores e hábitos diferentes e que ao entrar na nova sociedade tenha os mesmos direitos dos cidadãos nacionais (Vala, 2003).

Contudo, na prática, e tal como o nome indica, imigrante ou estrangeiro, significa, de acordo com Sousa (2003), estranho ao grupo e à colectividade organizada num dado território. Gera-se, portanto, um comportamento de desconfiança em relação ao imigrante, reservando-lhe um tratamento inferior e discriminante (Sousa, 2003), que posteriormente poderá influenciar os níveis de ansiedade e a

satisfação com as relações de suporte mais próximo.

Neste contexto, as possíveis atitudes de discriminação vivenciadas pelos imigrantes, são pouco favoráveis à sua integração no país de acolhimento, o que vem dificultar as interações sociais e o estabelecimento de amizades com novas pessoas, com as quais se poderiam estabelecer trocas interpessoais, colmatando, de alguma forma, a insatisfação com o suporte social.

Esta consequência parece reflectir-se nos resultados obtidos na sub-escala “satisfação com os amigos”, que se revelaram significativamente inferiores no grupo das imigrantes, contrariamente ao das portuguesas, atendendo ao facto de se encontrarem rodeadas do seu sistema de suporte. No entanto, os resultados pouco satisfatórios relativos à satisfação com as amizades, não significam obrigatoriamente, que haja uma insatisfação com os amigos dos países de origem, pelo contrário, a relação com estes pode até ser muito favorável. É o afastamento dos mesmos que as faz interpretar a sub-escala “satisfação com os amigos” como reduzida.

A mesma interpretação pode ser feita para a sub-escala “intimidade”. Os resultados

demonstram a existência de um nível reduzido de satisfação com pessoas íntimas, comparativamente com grávidas portuguesas. É o curioso é observar que este aspecto está presente, mesmo estando as grávidas imigrantes na presença de um companheiro.

Provavelmente por influência da ansiedade será difícil sentir estabilidade emocional gratificante nas relações íntimas.

O processo de imigração implica, para além dos já referidos, a vivência de uma das experiências mais difíceis e traumáticas que um indivíduo pode passar, o afastamento da família, considerada por grande parte dos imigrantes como um ponto de referência estável, daí o desejo de trazer para junto de si os familiares mais próximos, o que se torna, por vezes, bastante difícil (Fonseca et al, 2005).

Para a grávida imigrante o estar longe da família, e sobretudo, da mãe, é algo possivelmente doloroso, na medida em que o estado de gravidez suscita na mulher o desejo de reaproximação com a sua mãe e o reviver de todas as suas relações de infância com ela estabelecidas no passado. O desejo de aproximação é revelador da necessidade que a grávida tem de procurar apoio, compreensão e afecto na mãe (Colman & Colman, 1994), mas é simultaneamente um momento de

reavaliação de todas as experiências positivas e negativas da sua relação com ela, e que irá ajudá-la na construção da sua própria identidade materna (Canavarro, 2001).

O afastamento da família em geral, e da mãe em particular, aparece reflectido neste estudo através dos resultados da sub-escala “satisfação com a família” que se apresentam significativamente baixos nas imigrantes, quando comparados com as grávidas portuguesas. Há a referir, no entanto, que embora se verifique uma menor satisfação com a família nas imigrantes, não significa necessariamente uma relação directa com conflitos ou discórdias entre os membros, mas sim que neste momento tão específico o apoio prestado por estes é sentido como reduzido.

No que respeita à análise da sub-escala “actividades sociais”, e não se tendo verificado quaisquer diferenças significativas entre os dois grupos de grávidas, pode supor-se que as actividades sociais não sofrem influência com a imigração.

A análise comparativa entre a variável secundária nacionalidade e, as variáveis principais em estudo, permitiu observar a existência de diferenças significativas,

relativamente aos quatro principais grupos de nacionalidades (brasileira, africana, leste e portuguesa), com excepção para a variável ansiedade-estado. É de referir, mais uma vez, que embora não se tenham observado diferenças significativas, verifica-se uma tendência para a elevação do nível de ansiedade-estado no grupo das africanas, seguido do das de leste e das brasileiras, comparativamente ao das portuguesas.

Tendo em consideração que o grupo das africanas foi maioritariamente recolhido numa instituição de solidariedade social, à qual recorrem por grandes dificuldades económicas e/ou pobreza, ou no caso, por estarem ilegalmente no país e lhes ser difícil encontrar emprego, este poderá ter sido um dos motivos explicativos do aumento da ansiedade-estado neste grupo. Além disso, e tendo em conta que neste contexto grande parte das imigrantes africanas, estão ilegais no país, possuem um baixo nível de escolaridade e dificuldades ao nível da língua portuguesa, a ansiedade estado poderá ser, igualmente, influenciada pela dificuldade em compreender a comunicação com os técnicos de saúde ou por desconfiança em relação à situação.

De acordo com Fonseca et al (2005), as imigrantes recorrem com frequência a familiares bilingues como meio de comunicação, o que vem revelar-se

contraproducente, devido ao enviusamento que se pode gerar na tradução de termos técnicos.

No grupo das imigrantes de leste, o segundo a registar maior nível de ansiedade-estado, esta poderá relacionar-se com dois motivos principais. Por um lado, o facto de ser um grupo recente de imigração que, eventualmente, não estará tão adaptado à língua, à cultura ou modo de funcionamento da nossa sociedade, muito diferente da cultura do seu país. Por outro lado e, por ser um grupo, frequentemente, vítima de ameaças por máfias, o contacto com uma pessoa estranha no momento da aplicação do questionário e, apesar da sua explicação, pode ter influenciado o nível de ansiedade, reflectindo-se no aumento da ansiedade-estado.

O grupo das brasileiras, a apresentar níveis mais baixos de ansiedade-estado em comparação com as outras nacionalidades, poderá eventualmente associar-se, à proximidade linguística e cultural entre Portugal e o Brasil, como um elemento facilitador da sua adaptação ao país.

No que respeita à ansiedade-traço, são as africanas que apresentam um nível mais elevado em relação às outras nacionalidades, talvez por ser um grupo

com um baixo nível sócio-económico, a viver em condições habitacionais precárias, situação susceptível de influenciar o nível de ansiedade.

O grupo das africanas foi também aquele a revelar um menor nível de satisfação com o suporte social, o que poderá estar sobre a influência de questões culturais ou da ansiedade traço, que pode conduzi-las a avaliar as relações com os outros como negativas.

Relativamente à sub-escala “satisfação com os amigos”, são as grávidas imigrantes de leste, as que apresentam resultados inferiores, comparativamente com as africanas e as brasileiras, respectivamente, talvez por ser o grupo de mais recente chegada a Portugal, não estando suficientemente integradas para a criação de novas amizades ou, por outro lado, a ameaça das máfias diminui a confiança no estabelecimento de relações próximas com indivíduos da mesma cultura.

Na sub-escala “intimidade”, é mais uma vez o grupo das africanas a revelar menor satisfação no relacionamento com pessoas íntimas ou confidentes, quando comparadas com as imigrantes de leste e as brasileiras.

A pouca estabilidade ao nível dos relacionamentos íntimos e afectivos, associada a características culturais, nomeadamente comportamentos de bigamia e/ou poligamia, poderá constituir uma explicação para este resultado. Embora seja uma característica enraizada na cultura africana, para muitas mulheres pode constituir-se como uma situação de desconforto, na medida em que na gravidez, como já fora referido, é sentida uma maior necessidade de segurança e de apoio amoroso íntimo.

A análise relativa à sub-escala “satisfação com a família” revelou a existência de um menor nível de satisfação com a família no grupo das brasileiras. Uma possível explicação para este resultado poderá estar relacionada com as conclusões de um estudo realizado por Espin (1987), no qual se observa que a mudança de ambiente é influenciada por factores intrapsíquicos relacionados com o processo de adaptação, sendo a forma como estes processos são vivenciados, que determina, ou o fortalecimento dos laços com a família de origem, ou a ruptura dos mesmos.

Por outro lado, num estudo realizado por Fonseca (2005), comprova-se que este é o grupo de imigrantes que menos se faz acompanhar da família quando imigra, daí

poderem revelar um menor nível de satisfação com a mesma.

No que respeita à sub-escala “actividades sociais”, é o grupo das imigrantes africanas que apresenta um menor nível de satisfação com as mesmas, uma vez que, mais uma vez, um baixo nível sócio-económico parece colocar um entrave ao tempo disponível para actividades sociais e de lazer, quer por motivos profissionais, quer económicos.

A análise correlacional entre as variáveis principais (ansiedade-estado, ansiedade-traço, satisfação com o suporte social e respectivas sub-escalas), relativa ao grupo das imigrantes, permitiu-nos observar correlações de diversas ordens.

Por um lado, verifica-se que quanto maior é a ansiedade-estado, maior é a ansiedade-traço, pelo que os níveis tendencialmente elevados de ansiedade estado nas imigrantes parecem ser também influenciados pela presença de ansiedade-traço.

Observou-se, de igual modo, que quanto menor é a satisfação com o suporte social, incluindo a “satisfação com os amigos”, a “intimidade” e as “actividades sociais”, maiores são os níveis de ansiedade. Este resultado vem de encontro às conclusões de um estudo realizado por Collins et al

(1993), o qual revelou que as grávidas que durante a gravidez têm menor suporte social, apresentam níveis mais elevados de ansiedade e depressão, o que parece reflectir-se de um modo significativo nas imigrantes. Um estudo realizado por Baptista et al (2006), revela, igualmente, que as grávidas com níveis elevados de ansiedade estado-traço são aquelas que apresentam níveis inferiores de satisfação com o suporte social. Para além disso, o facto dos indivíduos com uma ansiedade traço elevada terem tendência para avaliar as relações com os outros como negativas (Spielberger, 1984; in Silva, 2003) parece também constituir um entrave ao estabelecimento de relações satisfatórias e de confiança com o outro na idade adulta.

Carballo & Nerukar, (2001) e Carta, Bernal et al, (2005), vêm reforçar a ideia de que o isolamento social das populações imigrantes, assim como a estigmatização e discriminação quanto à sua origem étnica, condicionam a sua adaptação e integração na sociedade de acolhimento, causando consequências ao nível da saúde mental dos imigrantes, já que, muitas vezes, se encontram numa situação de grande stresse, motivada pela ruptura familiar, ansiedade quanto à sua situação no país de acolhimento e receio de ser extraditado, em caso de imigração irregular.

O presente estudo permitiu ainda verificar que quanto maior é o número de familiares em Portugal, maior é a ansiedade-estado. Esperava-se que a presença de familiares em Portugal fosse benéfico para a redução dos níveis de ansiedade ligados à gravidez. Não se confirmou a nossa hipótese. Contudo, Antonucci et al (2000), ao considerarem que a principal rede de suporte do sujeito pode desencadear situações de conflito intra-familiar, motivadas por sentimentos de obrigatoriedade presentes nestas relações, originando uma quebra no suporte familiar, parece vir confirmar este aparecimento de ansiedade. Fonseca et al (2005), referem ainda que, aquando de uma situação de reunificação familiar, são os imigrantes já residentes no país de acolhimento os principais responsáveis por veicular informação sobre o país de destino e por proporcionar apoio financeiro, social e emocional à rede familiar, aumentando o sentido de responsabilidade e, possivelmente, os níveis de ansiedade.

Observou-se, de igual modo, que quanto menor é a qualificação profissional, maior é a ansiedade. Este resultado poderá associar-se às grandes desigualdades observadas entre as formações académicas e o trabalho exercido por uma parte significativa das imigrantes. Este

fenómeno é com frequência encontrado na imigração de leste, cuja formação e qualificação profissionais contrastam com a profissão exercida no país de acolhimento. As grandes dificuldades em obter equivalência a este nível parecem contribuir, neste contexto, para o aumento dos níveis de ansiedade.

Por último, a investigação sugere que quanto menor é o estatuto sócio-económico, maior é a ansiedade-traço.

Este resultado é suportado por Conde & Figueiredo (2005), na medida em que defendem que, durante a gravidez, os sintomas ansiosos são mais frequentes em mulheres com um baixo estatuto sócio-económico, nomeadamente, pobreza, dificuldades financeiras, acontecimentos de vida stressantes e com um fraco suporte social. O presente estudo parece comprovar esta conclusão relativamente às grávidas imigrantes, que com frequência se deparam com situações de exclusão social, de desemprego prolongado ou empregos precários e baixos salários, que se traduzem em reduzidas oportunidades de acesso à informação e utilização dos serviços sociais e de saúde. As desigualdades sócio-económicas determinam diferentes graus de exposição a factores de risco e de protecção, aumentando a vulnerabilidade ao nível da

saúde mental destas populações (Braveman & Gruskin, 2003).

## VI – CONCLUSÃO

O presente trabalho permitiu identificar a gravidez e a imigração como dois períodos críticos e de grande vulnerabilidade na vida de uma mulher.

Enquanto processos de mudança, são susceptíveis de desencadear reacções ansiosas que, levadas ao extremo, podem originar perturbações psicopatológicas.

Considerando que na gravidez a ansiedade pode ser um sintoma que acompanha a gestante ao longo dos três trimestres (e.g. Costa et al, 1999), que durante este período a mulher se sente mais frágil e mais dependente do apoio de quem lhe é mais próximo (Colman & Colman, 1994), e que a imigração é um fenómeno de risco para a saúde mental (Shaik, 2004; Rosa, 2007), este estudo procurou analisar os níveis de ansiedade estado e traço e os níveis de satisfação com o suporte social em grávidas imigrantes, comparativamente com grávidas portuguesas.

No geral, os resultados obtidos indicam que as grávidas imigrantes, quando comparadas com grávidas portuguesas, apresentam maiores níveis de ansiedade e menores níveis de satisfação com o suporte social. Tal aumento, neste caso, parece associar-se à conjugação entre a

ansiedade proveniente de uma adaptação forçada a novas condições ambientais e sociais relacionadas com a imigração, e a ansiedade desencadeada pelas alterações físicas, psicológicas e sociais próprias da gravidez. A diminuição da satisfação com o suporte social, por outro lado, parece claramente associar-se ao afastamento dos familiares e amigos, deixados no seu país.

A análise comparativa entre a ansiedade, suporte social, e a variável nacionalidades, permitiu-nos observar mais especificamente, que são as africanas o grupo que apresenta maior ansiedade estado e traço menor satisfação com o suporte social, principalmente íntimo e ao nível das actividades sociais; que as imigrantes de leste são as que apresentam menor nível de satisfação com os amigos; e as brasileiras com a família.

Os resultados referem também a existência de uma correlação entre a ansiedade e o suporte social no grupo das imigrantes, com excepção para a sub-escala “satisfação com a família”, o que permite antever que quanto menor é a satisfação com o suporte social, maior é a ansiedade. Este resultado vem de encontro às considerações de Dias & Gonçalves (2007), os quais salientam que a experiência de afastamento e ruptura das relações sociais constituem factores de

vulnerabilidade que podem influenciar o estado de saúde e bem-estar dos imigrantes. Neste estudo pode então comprovar-se que a falta de amigos íntimos ou confidentes, sobretudo durante a gravidez, origina nestas grávidas maiores sentimentos de ansiedade.

Relativamente à correlação entre as variáveis principais e a variável de imigração “presença de familiares em Portugal”, observamos que a existência de familiares em Portugal está associada a um maior nível de ansiedade, possivelmente relacionada com a maior responsabilidade em relação a estes.

Da interligação entre as variáveis principais e as variáveis sócio-demográficas verificamos ainda a existência de correlações entre ansiedade e profissão, o que significa que quanto menor é a qualificação profissional, maior é a ansiedade e também que, quanto menor é o suporte social, menor é o nível de qualificação profissional no grupo das imigrantes. Se tivermos em consideração a fraca rede de suporte social que estas imigrantes possuem, é de supor que haja uma maior dificuldade em encontrar empregos mais qualificados, em relação àqueles que actualmente exercem, uma vez que, frequentemente, desempenham profissões cuja qualificação é bastante

inferior à sua formação de base. No mesmo sentido, verificamos ainda para o grupo das imigrantes que quanto maiores são as dificuldades económicas, maiores são suas as preocupações relativamente a estas, levando ao aumento dos níveis de ansiedade.

Os resultados deste estudo demonstram-nos, portanto, o quanto a imigração, com os seus consequentes factores, nomeadamente, a inexistência de uma rede de suporte social consistente, podem originar o aumento dos níveis de ansiedade nas grávidas imigrantes.

Estas conclusões permitem alertar para um conjunto de situações que, caso não sejam detectadas numa fase precoce, poderão vir a tornar-se problemáticas ou mesmo trazer consequências, não só para a saúde da mãe na gravidez e no pós-parto, como influenciar a relação mãe-bebé e a disponibilidade física e emocional que esta implica, interferindo na saúde física e psicológica do recém-nascido.

Neste sentido, alerta-se para a necessidade de se aumentar a vigilância ao nível da saúde mental destas grávidas, possivelmente através da criação de uma consulta individual de psicologia, paralela à consulta de saúde materna, de modo a rastrear as situações mais problemáticas.

Por outro lado, parece igualmente benéfica a organização e promoção de encontros entre grávidas imigrantes e técnicos, nomeadamente psicólogos, onde estas pudessem partilhar as suas angústias, medos, ansiedades, conviver com outras grávidas na mesma condição e, quem sabe, até mesmo construir novas amizades e aumentar a sua satisfação com o suporte social.

Apesar das limitações encontradas neste estudo, nomeadamente a pequena dimensão da amostra; a impossibilidade de correlacionar as variáveis principais entre si e estas com as variáveis secundárias, tendo em conta a comparação entre os dois grupos em estudo; e a barreira da língua que poderá ter dificultado a compreensão de determinadas questões nas imigrantes, espera-se que este trabalho tenha contribuído para incentivar novas investigações e para alertar os profissionais de saúde para a especial atenção que as grávidas imigrantes merecem, ao nível da detecção precoce e da prevenção de possíveis patologias ligadas à gravidez e à imigração.

## VII – REFERÊNCIAS

### BIBLIOGRÁFICAS

Antonucci, T., Landsford, J., & Ajrouch, K. (2000). Social Support. In G. Fink (Ed), *Encyclopedia of Stress*, vol.3 (2), (pp.479-482). UK: Academic Press.

Baptista, M., Baptista, A., & Torres, E. (2006). Associação entre Suporte Social, Depressão e Ansiedade em Gestantes. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7 (1), pp.39-48.

Barnard, K. (2003). *Prelude to Discussion on Pregnancy Issues*. Artigo consultado em Novembro de 2004 através da base de dados <http://www.Psyclit.com>

Braveman, P., e Gruskin, S. (2003). Poverty, equity, human rights and health. *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (7), pp. 539-545.

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

Carballo, M., & Nerukar, A. (2001). Migration, refugees, and health risks. *Emerging Infectious Diseases*, 7 (3), pp. 556-560.

Carta, M.G., Bernal, M., Hardoy, M.C. e Haro-Abad, J.M. (2005). Migration and Mental Health in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1, p. 13.

Clay, E. C. & Seehusen, D. A. (2004). A Review of postpartum depression for the primary care physician. *Southern Medical Journal*, 97 (2), pp.157-161.

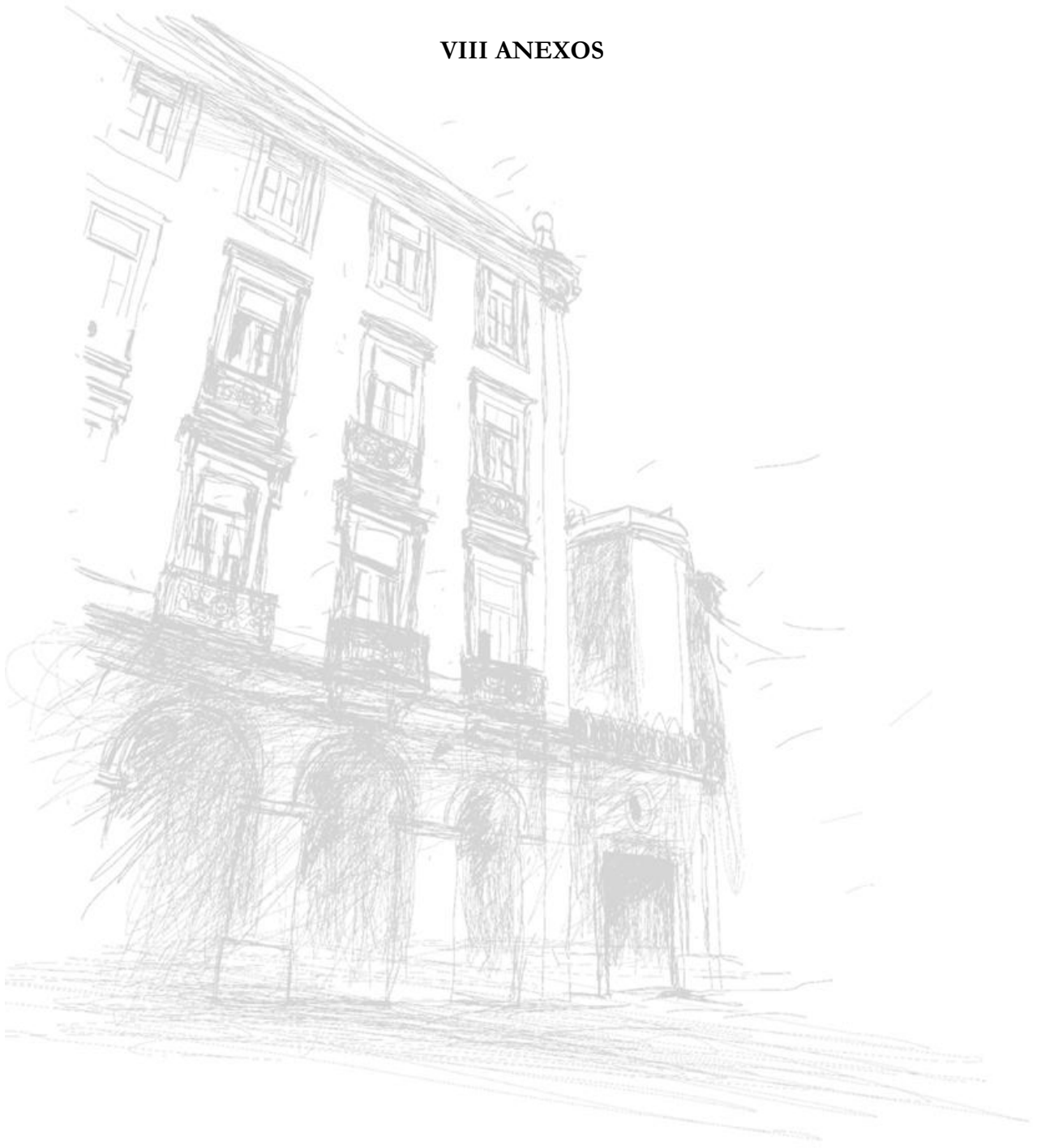
Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M., & Brender, W. (1999). Variations in stress levels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy – specific

- anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (6), 609-621.
- Collins, N., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., & Scrimshaw (1993). Social Support in Pregnancy: Psychosocial Correlates of Birth Outcomes and Postpartum Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol.65 (6), 1243-1258.
- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: A Experiência Psicológica* (Coleção Cline). Lisboa: Edições Colibri. (Obra original em inglês publicada em 1973).
- Conde, A. & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na Gravidez: Factores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Psiquiatria Clínica*, vol.24 (3), pp.197-209.
- Conde, A. & Figueiredo, B. (2005). Ansiedade na Gravidez: Implicações para a saúde e desenvolvimento do bebé e mecanismos neurofisiológicos envolvidos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36 (1), pp.41-49.
- Conde, A. & Figueiredo, B. (2007). Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. *Análise Psicológica*, 3 (XXV), p.p.381-398.
- Conde, A., Figueiredo, B., Tendais, I., Pereira, A., Afonso, E., Nogueira, R. (2008). Crescimento e actividade fetal às 20-24 semanas de gestação (Estudo Preliminar). *Acta Médica Portuguesa*, 21 (1), pp.55-64.
- Coutinho, D., Baptista, M., & Morais, P. (2002). Depressão pós-parto; prevalência e correlação com o suporte social. *Infanto - Revista Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 10 (2), 63-71.
- Dias, S., & Gonçalves, A. (2007, Setembro). Imigração e Saúde. *Revista Migrações*, pp.15-26.
- Dole N. (2001). Psychosocial Risks for Preterm Birth. Dissertation Abstracts International: Section B. *The Sciences and Engineering*, 62 (3-B): 1348.
- Espin, O. M. (1987). Psychological impact of migration on Latinas. *Psychological Woman Quarterly*, 11, 489-503.
- Essen, B. (2000). Increased perinatal mortality among sub-saharan immigrants in a city-population in Sweden. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 79, pp.737-742.
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações Psicopatológicas da Maternidade. In C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 161-188). Coimbra: Quarteto Editora.
- Fonseca, M. L., Ormond, M., Malheiros, J., Patrício, M., & Martins, F. (2005). *Reunificação Familiar e Imigração em Portugal*. Lisboa: ACIME.
- Gamito, L. (2004). *Almas Feridas*. In ACIME (2004). Consultado em 26 de Outubro de 2004 através de <http://www.acime.gov.pt/modules.php?name=News&file=article&sid=319>
- Glover (2001). *Ansiedade na gravidez pode causar hiperactividade no filho*. Artigo consultado em 3 de Março de 2003, através da base de dados <http://www.psyclit.com>

- Guterres, M. C. (2001). Estudo do Suporte Social e da Qualidade de Vida em Doentes Mentais Crónicos a viverem em Comunidade. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Hung, C. & Chung, H. (2001). The effects of postpartum stress and social support on postpartum women's health status. *Journal of Advance Nursing*, 36 (5), pp.676-684.
- Kornosky, J., Peck, J., Sweeney, A., Adelson, P. & Shantz, S. (2007). Reproductive Characteristics of Southeast Asian Immigrants before and after migration. *Journal of Immigrant and Minority Health*, consultado através de <http://www.springerlink.com>
- Lechner, E. (2005). Imigração e Saúde Mental: o sofrimento dos migrantes e o encontro de ordens simbólicas. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando da Fonseca, vol.2 (2)*, pp.15-18.
- Lepore, S. (1994). Social Support. In Beak, A., Buss, D., Damasio, A., Iacano, W., Jones, E., & Kagan, J., *Encyclopedia of Human Behavior, vol.4*, pp. 247-251.
- Lopes, L. (2007). Gravidez e Seropositividade em Mulheres Imigrantes na Região de Lisboa. Lisboa: ACIME.
- Monteiro, C. A. (1997). Comunidade Imigrada: Visão Sociológica - O Caso da Itália. S. Vicente: Gráfica do Mindelo.
- Mosher, W., Martinez, G., Chandra, A., Abma, J. & Willson, S. (2004). Use of contraception and use of family planning services in the United States: 1982-2002. *Advance Data*, 350, pp.1-36.
- Navarro, B. (2003). *El Síndrome del Inmigrante Triste*. Artigo consultado em 26 de Outubro de 2004 através de <http://www.amics21.com/pladeponent/foro/messages/986.html>
- Neto, F. (2003). Psicologia da Migração Portuguesa. Lisboa: Universidade Aberta.
- Oliveira, M., Vidal, A., Neto, C., Frias, C. & Fragoso, R. (2002). A Gravidez e o Nascimento numa Perspectiva Multicultural. Artigo consultado em 9 de Março de 2009 através de <http://www.scribd.com>
- Ornelas, J. (1994). Suporte Social: Origens, Conceitos e Áreas de Investigação. *Análise Psicológica, XII*, 333-339.
- Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R., & Pais, A. (2005). Antecipação da experiência de parto: mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 7 (1)*, 7-41.
- Pereira, M., Santos, A., & Ramalho, V. (1999). Adaptação à gravidez: Um estudo biopsicossocial. *Análise Psicológica, XVII (3)*, 583-590.
- Ribeiro, J. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica, XVII (3)*, 547-558.
- Rosa, C. F. (2007). Saúde Mental em Contexto Migratório: Um estudo na região de Lisboa. Dissertação de Mestrado em Relações Internacionais, Universidade Aberta, Lisboa.

- Santos, P. L. (1993). Reacções ansiosas na gravidez e comportamento interactivo das mães durante o período neonatal dos filhos. *Análise Psicológica*, XI (4), 485-495.
- Sarason, I., Levine, H., Basham, R., & Sarason, B. (1983). Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol.44 (1), 127-139.
- Shaik, O. A. (2004). *Como el estrés afecta a los emigrantes*. Consultado em 26 de Outubro de 2004 através de <http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulos.asp?texto=art43001>
- Silva, D., & Santos, S. C. (1997). Adaptação do State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – Form Y para a População Portuguesa: Primeiros Dados. *Revista Portuguesa de Psicologia*, nº32, pp.8598.
- Silva, D. (2003). O Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (S.T.A.I.). In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida, & C Machado, Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa. Coimbra: Quarteto.
- Sousa, N. A. (2003). Imigração e Cidadania Local: Associativismo Imigrante e Políticas Públicas de Portugal. Lisboa: Biblioteca Nacional do Livro.
- Vala, J. (2003). Processos Identitários e Gestão da Diversidade. In Alto Comissariado para as Minorias Étnicas (Ed), *Procedimentos do I Congresso de Imigração em Portugal [Diversidade- Cidadania-Integração]* (pp.151-169). Lisboa: ACIME.

VIII ANEXOS



## ANEXO A

- Revisão de Literatura –

## A Gravidez

A gravidez e a maternidade são conceitos que têm sofrido uma grande evolução histórica ao longo dos tempos. Desvalorizados na antiguidade e até ao final do século XVIII, devido ao papel inferior e discriminante atribuído à mulher e à criança, só começaram a adquirir um significado de grande valor no início do século XX, na sociedade ocidental (Badinter, 1980).

Dependendo dos contextos sócio-culturais em que se inserem, assumem-se actualmente como acontecimentos de grande importância em quase todas as sociedades, visto que a reprodução possibilita, quer a preservação da espécie, quer a continuação de uma cultura específica (Kitzinger, 1978). É o modo como a sociedade olha para a maternidade, que influencia a noção que cada mulher tem do que é ser mãe, demonstrando que o conceito sofre, também, modificações de cultura para cultura.

Na cultura africana, por exemplo, a gravidez é vista como um sinal de virilidade e bem-estar, uma vez que são as famílias numerosas as que ganham maior importância. Na altura do parto, o apoio emocional à grávida é feito por outras mulheres, nomeadamente, a mãe, sendo o trabalho de parto, frequentemente, realizado por esta.

Na cultura cigana, a gravidez assinala uma mudança no estatuto da mulher, uma vez que esta se torna impura durante o período de gestação e até ao baptizado da criança, o que requer o seu isolamento do grupo, o maior tempo possível. Só cumpridas estas regras a criança poderá ser saudável.

Na cultura chinesa, por seu lado, a gravidez é vista como um tempo em que a futura mãe tem a felicidade no corpo. Têm alguns cuidados com alimentação, nomeadamente, abdicam do molho de soja, por poder escurecer a pele do bebé, e do leite por acreditarem que origina problemas de estômago (Oliveira et al, 2002).

Na nossa cultura e sociedade, tanto a gravidez como a maternidade, são vistas como dois processos de grande relevância na vida de uma mulher e estão, frequentemente, associados

a um projecto de vida de entre muitos outros, como o acabar um curso, ter uma profissão, ter uma vida estabilizada, etc.

Numa perspectiva individual, por outro lado, as representações de gravidez e maternidade estão muito dependentes das características individuais de cada mulher, ou seja, dos traços de personalidade, dos processos cognitivos, das características físicas, da sua história pessoal, das experiências de vida, das relações interpessoais com outros significativos e da relação conjugal. É a conjugação destes factores que conduz diferentes mulheres a reagirem de diferentes formas à gravidez e à maternidade, no interior de uma mesma sociedade e cultura. Por exemplo, existem mulheres para quem a gravidez surge como um projecto de vida, mulheres que têm medo de ser mães, mulheres para as quais a gravidez é o seu maior desejo, e outras há ainda que nem sequer desejam ser mães (Canavarro, 2001). Ou, por outro lado, o desejo de um filho pode surgir como necessidade de identificação, de satisfação de necessidades narcísicas, como um desejo de fusão com um outro, como tentativa de recriar vínculos passados através do relacionamento com o bebé, etc. (Brazelton & Cramer, 2001).

Todos estes factores implicados no processo levaram vários autores a considerar a gravidez e a maternidade dois acontecimentos muito complexos, por vezes confundidos, mas que representam duas realidades distintas. A gravidez é entendida como um período de quarenta semanas que medeia a concepção e o parto e, durante o qual, a mulher está sujeita a um conjunto de modificações físicas e psicológicas (Leal, 1990; Colman & Colman, 1994). A maternidade, por seu lado, é um conceito ligado aos aspectos sociais, uma vez que, como vimos, reflecte a dinâmica de uma sociedade num determinado momento e está fortemente dependente da cultura que nela vigora (Leal, 1990). É um conceito ligado criação de vínculos afectivos entre a mãe e o bebé e à capacidade de reverie, ou seja, à capacidade para responder a todos os sinais e necessidades corporais e psicológicas do bebé, actuando como contentora destas angústias e vivências desagradáveis que serão transformadas em situações de alívio, proporcionando um crescimento saudável e equilibrado (Bion, 1963; in Leal, 2001). O sucesso deste processo depende, contudo, do modelo de referência materno adquirido na infância pela futura mãe, pois será este a elaborar dentro de si o que é a postura materna (Brazelton & Cramer, 2001).

Para outros autores, por seu lado, a gravidez e a maternidade são considerados dois conceitos associados, na medida em que a gravidez, é conceptualizada como um tempo que permite a preparação para a maternidade. As mudanças, ansiedades, reflexões possibilitam a ligação afectiva à criança e a consolidação progressiva do projecto de maternidade (Canavarro, 2001). Desta forma, são as fantasias e interrogações que ocorrem durante a gravidez, como, “quem será este bebé?”, “como serei eu como mãe?”, “será um bebé saudável?” que se vão começar a elaborar no pensamento da gestante, preparando a construção da sua identidade materna (Stern & Bruschiweiller-Stern, 2000). Pode-se assim dizer que a ligação mãe-feto tem início ainda no decorrer da gravidez, mas neste momento, está apenas sob o controle da realidade psíquica (Bydlowski, 1995).

Durante a gravidez, o mundo imaginário da mulher começa a trabalhar com o objectivo de dar forma à nova vida que a futura mãe terá com o nascimento do bebé. Assim, ela cria cenários imaginários com personagens reais mas, ao mesmo tempo imaginadas, tais como o bebé imaginado, ela enquanto mãe, o futuro pai, os avós imaginados, etc., e cada uma destas personagens é criada, desfeita e criada de novo vezes sem conta. Em simultâneo, a mãe imagina e fantasia como será o seu bebé, partindo daquilo que são os seus desejos, as suas características pessoais, as suas esperanças, medos, preocupações e o seu próprio passado. É assim que constrói mentalmente o bebé dos seus sonhos e projecta nele traços da sua personalidade (Stern & Bruschiweiller-Stern, 2000). Por seu lado, o feto no útero, recebe estes traços projectados, os quais, modelam as suas reacções e preparam-no para responder aos ritmos e sinais maternos depois do parto (Brazelton & Cramer, 2001). Desta forma, é possível afirmar que a vida imaginária e fantasmática da mãe durante a gestação, funciona como uma base para a história afectiva do bebé e para as posteriores relações que com ele irá desenvolver após o nascimento (Bydlowski, 1995).

Todo este processo marca, segundo Stern & Bruschiweiller-Stern (2000), a entrada no processo de maternidade.

Do ponto de vista físico, as mudanças operam-se a nível da imagem corporal e são influenciadas por alterações hormonais e endócrinas próprias do período gravídico. A nível psicológico, a gravidez assume-se como um período de transição e de mudança de identidades, no qual vão ser explorados novos papéis sociais – a mulher que até ali era filha, irá assumir o papel de mãe, o que vem ter um reflexo importante na sua vida psíquica

(Colman & Colman, 1994). Justo (1990) afirma inclusive que a grande modificação da identidade psicológica da mulher irá permitir-lhe evoluir para um estágio de vida favorável à reconstrução e enriquecimento da sua identidade, enquanto pessoa humana. É por isso, considerada por alguns autores, como um momento de crise, não no sentido de trauma, mas como um período de novas adaptações (somáticas, endócrinas e psicológicas) e responsabilidades relativas à nova identidade, a de mãe, ainda em construção (Colman & Colman, 1994). Do ponto de vista desenvolvimental, chega a ser equiparada por Bibring et al (1961; in Cordeiro, 2002) a outras crises próprias do desenvolvimento humano, tais como a puberdade ou a menopausa, com a diferença que na gravidez, opera-se uma sucessão de alterações extremamente rápidas, que poderão ter grandes repercussões quer a nível da sua representação corporal, quer a nível psicológico. A crise surge, nestes termos, como uma reacção à mudança e às suas possíveis consequências, que terão um impacto diferente consoante a individualidade de cada mulher, a sua personalidade, o tipo de adaptação, o nível de resolução de conflitos com que inicia a gravidez, a sua vida particular e a constelação familiar em que o evento se verifica (Bibring et al., 1961; in Neves, 1997).

A soma de todas estas modificações conduzirá a gestante a uma grande vulnerabilidade e instabilidade emocional, nomeadamente, à ocorrência de uma oscilação constante entre estados emocionais opostos (Colman & Colman, 1994). Sá (1997) considera mesmo a gravidez, como um período que fragiliza psicologicamente a mulher, predispondo-a a determinadas vivências afectivas, numa altura em que os seus mecanismos defensivos estão diminuídos. Para Caplan (cit por Cordeiro, 2002) a fragilidade psíquica poderá conduzir a um desequilíbrio entre as instâncias Id, Ego e Super-Ego, originando um reviver de conflitos e experiências anteriores, que terão repercussões no seu equilíbrio, podendo até desencadear vivências de desintegração corporal ou psicológica e o aumento de fantasias e sonhos durante o período gravídico.

É por isso uma fase à qual se deve dar especial atenção, já que exige da mulher uma necessidade de reestruturação e de reajustamento a vários níveis, de modo a restabelecer a sua homeostase psíquica e biológica (Cruz, 1990).

## **Estádios de Gravidez**

Para uma melhor compreensão da vivência psicológica da mulher ao longo da gravidez, alguns autores dividiram o período gravídico em fases de desenvolvimento psicológico, correspondentes aos três trimestres de gravidez.

Colman & Colman (1994) propõem uma sequência de fases que denominam por: Incorporação (1º trimestre), Diferenciação (2º trimestre) e Separação (3º trimestre).

### **Fase de Incorporação:**

Associa-se às alterações hormonais induzidas a partir do momento da concepção, que têm um impacto significativo no organismo da gestante. Do ponto de vista físico surgem enjoos, vômitos, mau estar, fraqueza, fadiga, desejos alimentares, sonolência (Colman & Colman, 1994). Do ponto de vista psicológico, aparece uma sensibilidade aumentada e uma oscilação frequente entre diferentes estados de humor, ambas correspondendo a uma alternância entre alegria, apreensão e irrealidade para com a situação (Cordeiro, 2002), o que vem reflectir o conflito de ambivalência e, portanto, a alternância entre a aceitação e a rejeição da gravidez (Chertok, 1963, cit por Cordeiro, 2002).

Em simultâneo observa-se um repensar das suas relações com a mãe, sogra e figuras maternas da infância, e a interrogação sobre que tipo de mãe será, se irá repetir os mesmos erros da sua mãe ou ainda, sobre qual será o tipo de relação que irá estabelecer com estas figuras femininas depois do nascimento do bebé (Colman & Colman, 1994).

É uma fase em que a mulher se volta para o seu mundo interior, de modo a iniciar um processo de adaptação às progressivas mudanças, procurando encontrar algum equilíbrio emocional, e aceitar a realidade do embrião que, neste momento, é fantasiado como fazendo parte de si (Colman & Colman, 1994). Concluído este processo, de duração relativamente prolongada, está cumprida a tarefa de aceitação da gravidez que surge como a principal deste trimestre.

## **Fase de Diferenciação**

Finalizado o primeiro trimestre, ultrapassada a ambivalência e pressupondo já a existência de uma aceitação e integração da gravidez, surge agora o segundo trimestre e com ele o início dos primeiros movimentos fetais. Este aspecto parece ser o acontecimento mais dominante deste período e marca o momento a partir do qual a mulher deixa de perceber o feto, numa perspectiva fusional, passando a senti-lo como um ser diferente e independente. Para isto, muito contribuem aspectos como a identificação do sexo do bebé, o visionamento do feto no ecrã do ecógrafo e os próprios movimentos fetais. Tal mudança conduz a mulher grávida a tornar-se, progressivamente, mais centrada em si, mais introspectiva e mais atenta a qualquer sensação que venha do seu interior, atribuindo-lhe de imediato o significado de um movimento fetal (Colman & Colman, 1994). Esta “retirada” permite à futura mãe sentir mais intensamente a vida que está a criar-se no seu ventre.

Do ponto de vista psicológico, o “pontapear do feto” e a sua conseqüente aceitação como ser autónomo, conduzem a futura mãe a elaborar cognitivamente cenários imaginários, através dos quais atribui sentimentos ao feto e significado a cada um dos seus movimentos, parecendo ser esta a única forma que encontrou para não encarar o bebé como um estranho na altura do nascimento (Brazelton & Cramer, 2001). O imaginar, sentir, pensar, criar, revelam que a relação e a comunicação mãe/feto teve início e que se iniciou o estabelecimento de um vínculo afectivo com o bebé. A futura mãe começou a imaginar, do ponto de vista cognitivo, como irá ser o seu bebé, quais serão as suas características, o seu temperamento, o seu nome ou o seu aspecto físico, isto é, começa a criar um colo afectivo para receber o bebé (Canavarro, 2001).

Outro aspecto característico do 2º trimestre, é o reavaliar de a toda a relação estabelecida com a mãe na infância. Enquanto no primeiro trimestre, ela estava preocupada sobre que tipo de mãe iria ser e se repetiria as mesmas falhas da sua mãe, neste momento verifica-se um aumento da dependência das relações mãe-filha. A grávida procura na mãe apoio e compreensão em relação aquilo que, no momento, está a vivenciar e que a mãe, de alguma maneira, já viveu. O aproximar da mãe e o reavaliar das relações passadas, reconhecendo o seu bom e mau desempenho, assim como as experiências positivas e negativas que viveu na relação com ela e que funcionaram como um modelo de comportamento materno, irá levar

a mulher a constituir a sua própria identidade materna e adaptar-se aos acontecimentos que surgirão após o nascimento do bebé (Canavarro, 2001).

### **Fase de Separação**

O terceiro trimestre é um período em que a grávida começa a preparar-se para a separação física e psicológica do bebé que vai nascer e antecipa o processo que irá desligá-la da gravidez – o trabalho de parto.

É um período em que os níveis de ansiedade se elevam, tornando-se mais agudos nos dias que antecedem a data prevista para o parto. De um modo geral, são manifestações que tendem a assumir, numa vertente cognitiva, a forma de sonhos, fantasias, medos, quase sempre com conteúdos de punição. Como é referido por Cordeiro (2002), a mulher começa a recear a própria morte durante o parto, o dilacerar dos seus órgãos genitais ou que o seu leite seja insuficiente ou de má qualidade. Podem igualmente ocorrer, fantasias acerca das dores e sofrimento no parto (Justo, 1990), sonhos de ansiedade sobre a perda ou desaparecimento do bebé ou de se ser apanhado num sítio pequeno e não ter por onde escapar, simbolizando a situação do parto (Colman & Colman, 1994) ou ainda a projecção da ansiedade sobre a forma de fobias: receio de ver um homem feio, receio de aranhas, receio de comer alimentos que possam deixar marcas no filho, etc. (Cordeiro, 2002).

Todas estas sensações e medos desencadeiam sentimentos contraditórios na mulher grávida, pois podem levá-la quer ao desejo iminente de ter o filho e terminar a gravidez, quer ao desejo de a prolongar no sentido de poder adiar as novas adaptações exigidas após o nascimento (Cruz, 1990).

Para Cordeiro (1987) o parto é um momento de ruptura da relação física íntima entre a mãe e o bebé, trazendo como consequência uma mudança de equilíbrio que exige dos dois, uma rápida adaptação às novas condições de vida. Na mãe, este processo poderá reactivar profundas ansiedades (Soifer, 1986).

## **Ansiedade**

A ansiedade é entendida por vários autores como a manifestação de emoções ou afectos, estando por isso enquadrada no campo da afectividade. A afectividade é concebida como um conjunto de experiências que definem e delimitam a vida emocional do indivíduo, sendo constituída por sentimentos, emoções e desejos, que em interacção com os ritmos biológicos constituem o núcleo do “humor” da personalidade do sujeito. Os desvios funcionais desta estrutura de homeostase individual são os responsáveis pelo aparecimento de diversas formas de perturbação afectiva, nomeadamente, a ansiedade (Vallejo, 2002).

Neste contexto, a ansiedade surge então, na sequência de qualquer eventual ameaça à identidade do indivíduo (Vallejo, 2002) e pode emergir de diversas formas que vão desde o normal ao patológico.

A ansiedade constitui uma das emoções básicas da vida humana e é entendida como tendo uma função adaptativa. Enquanto emoção natural, a ansiedade é, na maioria dos casos, desencadeada pelo ser humano perante a percepção real de um perigo, em virtude do qual o indivíduo desenvolve uma sensação de medo mas, ao mesmo tempo, mobiliza mecanismos de defesa para se proteger. A emoção ansiosa é, nestas circunstâncias, uma reacção adequada visto ser despoletada perante um estímulo percebido como perigoso, com intensidade moderada, pouco frequente e de duração espaço-temporal limitada.

Neste âmbito, a ansiedade surge como um fenómeno psicológico que permite ao sujeito adaptar-se a situações de stress e de tensão, sendo considerada um mecanismo normal de amadurecimento e de aprendizagem, indispensável à formação da personalidade (Fonseca, 1985).

Por outro lado, quando a ansiedade surge em grande proporção, intensidade e duração pode considerar-se uma alteração psicopatológica. Estes casos são susceptíveis de aparecer sempre que as reacções ansiosas normais se prolongam no tempo ou, quando os indivíduos, pela sua baixa capacidade de adaptação, pela sua experiência passada, pelo aumento da frequência e intensidade de alguns estímulos, ou pela influência de factores disposicionais, desenvolvem uma ansiedade intensa. Este tipo de reacções aparece quando

o sujeito, perante a ameaça de uma situação aparentemente inofensiva para ele, desenvolve uma sensação de medo patológico que pode desencadear, umas vezes expressões psíquicas como as fobias, as dismnésias, os fenómenos de despersonalização, outras vezes, expressões somáticas como tremores, sudação, vômitos, náuseas, manifestações psicomotoras, entre outras (Fonseca, 1985). Sintomas estes que caracterizam a ansiedade a um nível neurótico.

No entanto, a intensidade excessiva deste tipo de sentimentos e o aumento do tempo de duração dos mesmos podem conduzir o sujeito, em certos casos, a situações graves de psicopatologia e mesmo a estados agressivo-confusionais, de agitação ou de desorganização da consciência (Fonseca, 1988). Sempre que isto acontece, estamos perante casos de ansiedade graves e pouco racionais, que podem mesmo ser elevados a um nível psicótico.

Neste ponto é possível distinguir, de um modo geral, os dois tipos de ansiedade. Enquanto a ansiedade psicológica (reação ansiosa normal), surge mediante a presença de um medo real e é proporcional ao perigo que o induz, a ansiedade patológica é desencadeada como expressão de um medo sem razão e sem motivação objectiva, manifestando-se normalmente de forma desproporcionada.

De acordo com Spielberger (1994, in Silva, 2003) o conceito de ansiedade pode ser dividido em dois tipos: a **ansiedade estado** e a **ansiedade traço**.

A **ansiedade-estado** é definida como “um estado emocional transitório do organismo humano que varia em intensidade e flutua ao longo do tempo, em função da percepção de uma ameaça” (Silva & Santos, 1997, p.88). Quer isto dizer que a ansiedade-estado constitui uma reacção ou resposta emocional momentânea do indivíduo a uma dada situação percebida por ele como perigosa, independentemente da presença ou ausência de um perigo objectivo real. A intensidade e duração dessa reacção emocional, depende da forma como o indivíduo percebe a situação como perigosa, o que por sua vez irá variar de acordo com as suas características pessoais.

O estado de ansiedade é caracterizado, de um modo geral, por sentimentos subjectivos de tensão, preocupação, apreensão, nervosismo e activação do sistema nervoso autónomo. Quando este estado persiste durante algum tempo, o indivíduo recorre a mecanismos de

defesa para reduzir a intensidade da reacção ansiosa. Nestas circunstâncias, se a defesa utilizada pelo sujeito for eficaz, irá levá-lo a encarar a situação evocadora de ansiedade como menos ameaçadora, conduzindo a uma correspondente redução da intensidade dessa mesma situação (Silva & Santos, 1997).

Por seu lado, existem sujeitos para os quais o estado emocional de ansiedade se organiza numa espécie de estrutura ou maneira de ser permanente. Nestes casos falamos de uma **ansiedade traço**, característica da personalidade de alguns indivíduos.

Este tipo de ansiedade refere-se então a “diferenças individuais relativamente estáveis quanto à propensão para a ansiedade” (Silva & Santos, 1997, p.88), ou seja, é a tendência que cada indivíduo tem para avaliar situações como stressantes ou ameaçadoras e reagir a tais situações com reacções de ansiedade estado de elevada intensidade.

O traço de ansiedade reflecte as diferenças pessoais no modo de lidar com situações indutoras de estados de ansiedade e tem a sua origem na infância, isto é, indivíduos que, na sua infância, viveram experiências negativas ao nível das relações afectivas com os pais e que se sentiram desvalorizados pelos professores e colegas, têm traços de ansiedade mais elevados, o que por sua vez resulta numa baixa auto-estima e pouca confiança em si (Spielberger, 1984; in Silva, 2003).

Nestas condições, os indivíduos que apresentam um traço de ansiedade elevado, manifestam níveis mais intensos de ansiedade estado sempre que são confrontados com situações que envolvem relações interpessoais e de ameaça à sua auto-estima, do que os sujeitos com traços de ansiedade mais baixos. No entanto, nos casos em que os indivíduos se defrontam com perigos de natureza física e não psicológica, a resposta à situação ameaçadora parece ser semelhante, quer nos sujeitos com ansiedade traço baixa, quer naqueles que tenham ansiedade traço elevada (Silva & Santos, 1997).

Assim e, como comprovam alguns estudos, é possível concluir que os factores desencadeantes de reacções de ansiedade estado estão, na grande maioria das vezes, dependentes do tipo de personalidade do indivíduo quanto à sua propensão para a ansiedade, isto é, da existência ou não de uma ansiedade traço.

## **Ansiedade e Gravidez**

A gravidez, como vimos, é considerada um processo de grande complexidade e exigentes adaptações. Por tudo isto, várias investigações na área permitiram identificar a existência de determinadas perturbações afectivas decorrentes do estado de gravidez. As grandes mudanças físicas e psicológicas, operadas durante a gravidez, tornam-se objecto de fortes alterações emocionais susceptíveis ao desenvolvimento de sentimentos de ansiedade.

Colman & Colman (1994), sustentam esta ideia, pois consideram que a gravidez cria um equilíbrio entre experiências positivas e negativas, o que significa que a par com momentos de alegria, entusiasmo, criatividade, estão sentimentos de ansiedade, ambivalência, perda e medo, que irão influenciar o estado emocional da mulher, originando intensos estados de ansiedade ou depressão.

A ansiedade, enquanto fenómeno presente na gravidez, é um factor variável de mulher para mulher, pois depende da sua estrutura de personalidade, do grau de ajustamento ao início da gravidez e da constelação familiar e do seu enquadramento (Gomes Pedro, 1985; in Macintyre, Carvalho & Milhazes, 1997).

Soifer (1986) partilha da mesma opinião e chega, inclusive, a agrupar os acessos de ansiedade característicos da gravidez, em períodos específicos, nomeadamente, no início da gestação; durante a formação da placenta; perante a percepção dos movimentos fetais; no momento da instalação completa dos movimentos; pela altura da versão interna do feto; e no início do nono mês, devido à aproximação do parto.

Conde & Figueiredo (2003), através de uma revisão de literatura, alertam para a existência de um elevado número de mulheres com níveis significativos de sintomatologia ansiosa durante a gestação, independentemente, do seu carácter patológico. As autoras fazem referência a estudos nos quais se comprovam que os níveis de ansiedade adquirem valores mais elevados durante a gravidez do que no pós-parto e que estão frequentemente

relacionados com a gravidez, a saúde do bebé, o parto, situações anteriores de aborto, os problemas financeiros, acontecimentos percebidos como stressantes e factores sociais e psicológicos maternos. Situações de infertilidade, descompensação emocional por influência de antecedentes psicopatológicos, acontecimentos de vida adversos e fraco suporte da rede social, são igualmente apontados como factores propensos à elevação dos níveis de ansiedade durante a gravidez.

A presença de ansiedade durante a gestação é, no entanto, considerada por Santos (1993) um mecanismo saudável de ajustamento ao novo equilíbrio psicológico que a futura mãe irá adquirir. O autor sugere que a presença de reacções ansiosas durante a gravidez, assinalam a expressão de uma dinâmica psicológica saudável facilitadora do estabelecimento de elos de ligação da mãe para com o bebé, favorecendo a adaptação à gravidez.

Outros investigadores, por seu lado, consideram que a ansiedade vivida em excesso, pode ser prejudicial quer para a futura mãe, quer para o feto. De entre as possíveis consequências destacam-se, complicações com o parto, aumento da mortalidade e morbidade do bebé e da mãe, prolongamento do trabalho de parto, prematuridade, entre outros (Ex. Barnard, 2003; Glover, 2001).

Glover em 2001, realizou uma investigação com 7000 grávidas entre as 18 e as 32 semanas de gravidez, procurando avaliar os níveis de ansiedade e as suas consequências, verificou que as mulheres com um diagnóstico de ansiedade durante a gestação têm um risco elevado de ter filhos com problemas comportamentais, nomeadamente, hiperactividade. O autor dá uma explicação para o facto em termos científicos – o cortisol atravessa a placenta e chega ao cérebro do feto, afectando assim a sua formação comportamental.

Nazario (2004) e Pennington (2005) confirmam esta ideia, afirmando que o temperamento materno tem um efeito directo no desenvolvimento cerebral do feto e que existe uma forte ligação entre os níveis de ansiedade durante a gravidez e a susceptibilidade para a

ocorrência de perturbações de hiperactividade com défice de atenção nas crianças, anos mais tarde.

Outro tipo de investigações, tem vindo a demonstrar que factores psicossociais estão relacionados com a incidência de graves problemas de saúde, quer na mãe, quer no feto, por influência de níveis elevados de ansiedade. Salientam-se como consequências, deficiências cardíacas, malformações estruturais, baixo peso à nascença, períodos de gestação mais curtos, redução do tamanho do diâmetro do crânio, fetos mais activos e aumento dos batimentos cardíacos fetais. Mais tarde observaram-se, dificuldades temperamentais nos bebés e menores níveis de desenvolvimento mental na criança aos dois anos de idade (Conde & Figueiredo, 2005).

### **O Suporte Social**

Para além das consequências que a ansiedade em excesso pode causar na gravidez, outros estudos têm sido consensuais acerca da influência dos factores sociais na evolução favorável da gestação.

Do ponto de vista psicológico, e considerando que a mulher grávida se encontra num período sensível, de maior carência afectiva, muito dependente do carinho e da atenção dos outros, é natural que sinta uma maior necessidade de apoio e aceitação de quem lhe é mais próximo (Colman & Colman, 1994).

Um estudo realizado por Pereira, Santos & Ramalho (1999), no qual se verificou a influência do suporte social e conjugal no possível surgimento de sintomatologia psicológica, revela que as grávidas com um melhor relacionamento conjugal e suporte social, são aquelas que apresentam uma menor sintomatologia psicológica, nomeadamente, ansiedade.

Um estudo elaborado por Collins et al (1993), procurando avaliar os possíveis efeitos que o suporte social poderia vir a ter na gravidez e após o nascimento, demonstrou igualmente que as mulheres que recebem um suporte social de elevada qualidade durante este período, têm bebés mais saudáveis, com melhores índices de apgar, maior peso e são as que apresentam menor risco de depressão durante e depois da gravidez.

Brown (2005), através da análise de alguns estudos, conclui que um fraco suporte social tem vindo a associar-se a um atraso no crescimento fetal, pelo que salienta a importância da presença de um suporte social íntimo que possa ser prestado pelo companheiro ou por membros da família.

As investigações apresentadas, são suportadas pelas teorias de base, formuladas a partir do momento em que se começou a atribuir grande importância ao suporte social e à sua relação directa na saúde e no bem-estar dos indivíduos.

De acordo com Underwood (2000), o conceito só começou a adquirir grande relevância com os trabalhos de Durkheim, o qual observou, através de um estudo, a elevada percentagem de taxas de suicídio em indivíduos com fracas redes sociais. Com isto concluiu a existência de uma relação significativa entre o baixo suporte social e a tendência para assumir comportamentos menos ajustados, mas também que as relações sociais desempenham uma função importante no bem-estar social (Oliveira, 1998). Mais tarde, outros estudos vieram comprovar que o suporte social tem efeitos benéficos na saúde dos indivíduos (Hupcey, 1998, cit por Raimundo, 2003); no bem-estar de certo tipo de relações sociais, que vão desde as relações íntimas às que se estabelecem através de redes sociais (Guterres, 2001); e na utilização de estratégias de coping em situações de stresse (Kahn & Antonucci, 1980, in Underwood, 2000).

De entre as principais bases para a conceptualização do suporte social, Ornelas (1994) destaca as concepções de autores importantes na área como, Caplan (1974), Cassel (1974, 1976) e Cobb (1976).

Caplan (1974, in Ornelas, 1994) foi o primeiro a incluir o termo “Sistema de Suporte”, o qual engloba o núcleo familiar e de amigos, os serviços informais (vizinhança) e os serviços comunitários como centros paroquiais, associações, etc., destacando três grandes áreas vinculadas por este sistema. A primeira, diz respeito ao apoio que estas redes formais e informais podem prestar ao indivíduo, possibilitando-lhe a mobilização dos seus recursos psicológicos, de modo a que este consiga uma boa gestão dos seus problemas. A segunda, está relacionada com o facto do sistema de relações permitir a partilha de actividades, tarefas ou mesmo responsabilidades. Por último, o sistema de suporte pode vir a constituir uma fonte extra de recursos, da qual fazem parte o apoio monetário, o ensino de competências ou a orientação na resolução de determinadas situações.

Cassel (1974, in Ornelas, 1994), através dos seus trabalhos epidemiológicos procurou demonstrar a existência de uma associação entre os processos psicossociais e a etiologia das doenças, nomeadamente, a influência que o suporte social pode ter nos desequilíbrios provocados por situações de stresse. A correlação que estabeleceu entre as condições sociais nas áreas urbanas, como degradação habitacional, sobre-população e rupturas a nível da vizinhança, com o surgimento de perturbações físicas e psicológicas, levou este autor a considerar que a quebra de laços sociais significativos, induzida pelas condições de stresse do meio, conduziria a uma maior vulnerabilidade à doença. Por outro lado, verificou a existência de indivíduos que, nas mesmas condições de degradação, não eram atingidos a nível da saúde física e mental, o que o levou a concluir que esta situação se dava, apenas pelo facto dos sujeitos percepcionarem a existência de um grupo de suporte considerado por eles como significativo, protegendo-os das situações adversas anteriormente referidas.

A concepção de Cassel evidenciou o papel que o meio social pode desempenhar no desenvolvimento de doenças físicas e psíquicas, bem como na protecção da saúde.

Cobb (1976, in Ornelas, 1994), conceptualizou o suporte social como sendo a “informação de que o indivíduo é amado, estimado e parte integrante de uma rede social” (p.334). O sujeito, ao ter esta informação, sentir-se-ia preenchido nas suas necessidades sociais, o que o protegeria de possíveis consequências induzidas por situações de crise ou stresse. Cobb é o primeiro autor a considerar que o suporte social pode funcionar como amortecedor em situações de stresse, mediando e minimizando o impacto entre o stressor e a sua adaptação.

Para Dunst & Trivette (1990, in Ribeiro, 1999), o suporte social é conceptualizado como recursos ao dispor dos sujeitos e unidades sociais, tais como a família, que se encontram presentes sempre que estes sentem necessidade de ajuda ou assistência. Os mesmos autores distinguem dois tipos de fontes de suporte: informal e formal. O suporte informal, diz respeito a indivíduos como familiares, vizinhos, amigos, etc. e grupos sociais como, clubes ou igrejas, que fornecem ajuda perante acontecimentos de vida normativos ou não normativos. O suporte formal engloba as organizações sociais formais, como hospitais, serviços de saúde e os profissionais como, médicos, assistentes sociais, psicólogos, etc.

Lepore (1994), considera o suporte social como a percepção que o sujeito tem dos recursos disponíveis no seu ambiente social, a qual funciona por si só como uma forma de conforto ou ajuda, especialmente em momentos de crise, potenciando o aumento da saúde física e psicológica do indivíduo e uma experiência geral de bem-estar (Sarason, Sarason & Pierce, 1990).

Lepore (1994) reforça a mesma ideia, salientando o facto de existirem benefícios para a saúde derivados da existência de uma integração social, a qual diminui a probabilidade de ocorrência de determinadas doenças, entre as quais desordens psiquiátricas.

Singer & Lord (1984, in Ribeiro, 1999) consideram que o suporte social é um meio protector contra as perturbações induzidas pelo stresse, na medida em que impede que o stresse afecte o indivíduo negativamente, mas também, que na presença de stresse os efeitos negativos sejam reduzidos. Assim, os indivíduos tornam-se mais fortes e mais capazes de enfrentar determinadas vicissitudes da vida.

Como podemos verificar, a maioria dos autores descreve o suporte social como um conjunto de relações que influenciam o bem-estar psicológico do indivíduo, pelo fornecimento de ajuda, assistência quando necessária, afecto, intimidade, ou mesmo como tendo um efeito benéfico na recuperação de doenças físicas e psicológicas ou na prevenção das mesmas, e que a falta de suporte pode provocar consequências negativas a nível físico e psicológico tais como, ansiedade, depressão, solidão e fragilidade a nível da saúde (Antonucci, Lansford & Ajrouch, 2000).

Partindo do princípio que os principais agentes de fornecimento de suporte são as pessoas próximas, se pensarmos nas populações imigrantes é natural que existam determinadas falhas a este nível, que posteriormente podem vir a afectar a saúde física e psicológica, agravando a vivência de uma gravidez, dadas as suas condicionantes.

### **A Imigração**

Em Portugal, a emergência do fenómeno de imigração, é um facto relativamente recente que se encontra associado quer à própria história do país, devido à descolonização dos antigos territórios portugueses em África, quer devido a um processo de crescimento económico e de transição social, demográfica e política que se verificou nos países comunitários da Europa do sul (Baganha, et al, 2002).

Assim, a partir da década de setenta, Portugal tornou-se um país de imigração, acolhendo indivíduos vindos de várias partes do globo. A intensificação cada vez maior do fenómeno, chamou a atenção de vários investigadores (Fonseca, 2003; Pires, 2003; Fontes, 2004) que procuraram dividir o processo de imigração em Portugal em algumas fases distintas, desde o seu início nos anos de 1960/70 até à última vaga datada do ano de 2000.

Numa primeira fase, observa-se uma vaga de imigrantes africanos vindos das ex-colónias, nomeadamente, de Cabo-Verde, Angola, Guiné-bissau e S. Tomé e Príncipe (Fontes, 2004). Mais tarde, na década de 90, Portugal recebe imigrantes asiáticos vindos de países como a China, o Congo, o Senegal, a Índia e o Paquistão (Fonseca, 2003). No ano 2000, há uma mudança no panorama da imigração, com a entrada de cidadãos estrangeiros provenientes dos países de leste, como a Moldávia, a Roménia, a Rússia e a Ucrânia, mas também uma intensificação de imigrantes vindos do Brasil (Fontes, 2004).

Os principais motivos da imigração, comuns a quase todos os imigrantes, prendem-se com motivos económicos, falta de recursos e oportunidades no país de origem, devido a aspectos como reduzido crescimento económico, elevado crescimento populacional, elevadas taxas de desemprego, conflitos armados ou limpezas étnicas e fraca governação política (Vitorino, 2003). Face a esta conjuntura, o potencial migrante é visto como alguém

que avalia racionalmente as desvantagens da permanência na sociedade em que vive, em comparação com as vantagens de migrar para uma sociedade com melhores condições de vida materiais (salários mais elevados, maiores garantias de emprego, etc.). A decisão de migrar dá-se, desta forma, com o intuito de minimizar os custos da sua condição e de maximizar os ganhos das oportunidades que o país de acolhimento lhe oferece, isto é, ele escolhe imigrar sempre que a comparação entre as duas situações lhe revela que a permanência representa um custo e a migração um ganho (Pires, 2003).

Os motivos apresentados parecem ser reveladores de grandes sentimentos de desconforto, mal-estar e preocupação, levando estes indivíduos a mudar de forma radical a sua vida. Contudo, para atingir este fim, muitos são os processos e transformações pelas quais têm de passar, nomeadamente, transformações de ordem social, cultural, política e económica, que vão ter um impacto importante, frequentemente, negativo, nas suas características individuais.

Autores da área da sociologia como, Neto (1993) e outros autores por ele citados, denominam estas consequências por aculturação psicológica, sendo este um conceito associado a todas as mudanças individuais que o indivíduo experiencia, ao nível do comportamento, da identidade, dos valores e das atitudes, como resultado de estar em contacto com outra cultura.

Paralelamente a este tipo de mudanças, Neto (1993) salienta ainda a existência de mudanças comportamentais, intimamente ligadas a mudanças nos padrões de utilização da linguagem; mudanças de identidade, considerando que a sua construção é influenciada pela interação do indivíduo com a cultura e sociedade em que vive; mudanças de personalidade (estudos comprovam que há uma tendência para haver mudanças na personalidade em função do grau de aculturação, sendo exemplo disso a dependência (Graves, 1967, cit por Neto, 1993) ou a conformidade às normas do grupo) (Berry, 1967, cit por Neto, 1993); e mudanças cognitivas, associadas às normas encontradas no grupo dominante (Neto, 1993).

Liegro e Pittau (cit por Monteiro, 1997), referem-se a este processo como um desenraizamento das origens, da cultura, dos valores e das tradições, representando para o imigrante a perda de uma parte do eu, vista como primeiro passo para um processo de despersonalização, desorganização social ou até desequilíbrio psíquico, que será tanto mais provável, quanto mais difícil for a sua adaptação à nova realidade social. O tipo de adaptação, é qualquer coisa que varia de indivíduo para indivíduo, pois para alguns, a sua história pessoal, os acontecimentos de vida, ou o trajecto vivencial, permitem-nos realizar uma fácil adaptação ao mundo novo em que se inserem. Para outros, a imigração pode tornar-se um acontecimento traumático, uma vez que, de acordo com Silva (2005), o imigrante ao apresentar-se na acção com o próprio corpo, fica sujeito a todos os impactos, que no encontro entre o corpo e o psíquico, poderão despoletar sintomas de mau estar corporal, desencadeando em certos casos, perturbações psicossomáticas ou psicopatológicas.

De entre as perturbações psicopatológicas de mais provável manifestação nos imigrantes, Achotegui (2004, in ACIME, 2004) destaca um síndrome particular exclusivo desta população. Trata-se de uma perturbação, que afecta sobretudo os imigrantes ilegais e aqueles que, apesar do seu esforço, não conseguiram encontrar emprego, estão longe das suas famílias, sofrem uma grande solidão, ou frequentemente, são vítimas de discriminação por parte dos cidadãos nacionais ou ainda de perseguição das máfias. É uma situação psicopatológica denominada por “síndrome do imigrante com stresse crónico e múltiplo” ou “síndrome de Ulisses” e caracteriza-se por um stresse crónico causado pela saudade, luta pela sobrevivência e sensação de fracasso (Rosário, 2004). Constitui-se por uma sintomatologia depressiva com características atípicas, uma vez que os sintomas da depressão se misturam com os de tipo ansioso, somatomorfo e dissociativo. Assim, à depressão e tristeza, juntam-se sintomas como, ansiedade, insónias, fadiga extrema, desorientação temporo-espacial, pensamentos recorrentes, irritabilidade e diversas doenças psicossomáticas como problemas ósseos e nas articulações, complicações gástricas ou enxaquecas (ACIME, 2004). É uma situação atípica, visto que apesar de existir tristeza, não há apatia ou pensamentos de morte e a sua auto-estima continua elevada porque, apesar de tudo, o imigrante quer continuar a sua luta (Rosário, 2004).

Para além das consequências relativas à mudança e à saúde do imigrante, não poderíamos deixar de fazer referência a um tipo diferente de consequências, desta vez ligadas ao reagrupamento familiar.

Embora a ideia inicial do imigrante, quando decide imigrar, seja a de permanecer durante um curto período de tempo num outro país, procurando aí maximizar o maior “stock” de capital possível e depois voltar ao país de origem, numa grande parte das vezes, isso não se verifica (Monteiro, 1997). Esta falha no projecto inicial pode dar-se por duas razões, uma das quais devido à tendência que se tem verificado da parte dos imigrantes, de procurarem que as suas mulheres venham juntar-se a eles no país de acolhimento, para que aqui também elas possam trabalhar e acumular algum capital (Monteiro, 1997). Outra das razões prende-se com o facto de existir à partida uma migração de natureza económica partilhada pelos dois cônjuges que, em simultâneo, decidem imigrar, baseando-se neste caso a decisão de migrar numa lógica familiar (Fonseca, 2003). Tanto um caso como outro, conduzem a que o projecto inicial de migração temporária, elaborado no momento de partida, se converta numa migração permanente e prolongada no país de acolhimento. Monteiro (1997), refere inclusive que a vinda da mulher para junto do imigrante, vai levar a que estes decidam constituir família no país onde permanecem, ficando as suas capacidades económicas mais reduzidas para regressarem de novo ao país de origem. É nesta lógica que muitas mulheres imigrantes decidem ter os seus filhos no nosso país, contribuindo para o crescimento natural das comunidades estrangeiras. Este aspecto, que parece passar despercebido, tem vindo a assumir uma relevância crescente, que se tem vindo a reflectir desde 1995 na evolução significativa das taxas brutas de natalidade, de acordo com a nacionalidade das mães (Fonseca, 2003).

Por todas as consequências referidas, a condição de imigrante, assume-se numa parte significativa dos casos, como uma situação problemática, principalmente de risco para a saúde do próprio indivíduo, que está a atingir proporções cada vez mais elevadas, merecendo por isso uma especial atenção da parte dos técnicos.

Considerando, as situações de risco para a saúde a que estão sujeitos os imigrantes, devido às inevitáveis transformações, sociais e psicológicas, do processo de imigração e, no caso da mulher grávida, as grandes mudanças também sociais e psicológicas decorrentes da gravidez, consideramos pertinente neste estudo averiguar se o estado emocional da grávida imigrante se altera de modo significativo ao nível da ansiedade, tendo por base factores sociais, nomeadamente, a percepção do suporte social nas suas diferentes perspectivas.

É neste propósito que se fundamenta a presente investigação, que tem como principal objectivo a avaliação dos níveis de ansiedade estado-traço e dos níveis de satisfação com o suporte social em grávidas imigrantes, comparativamente, com grávidas portuguesas. Pretende-se averiguar se as condicionantes apresentadas são susceptíveis de influenciar de modo significativo a vivência da gravidez nas imigrantes e, em caso afirmativo, chamar a atenção dos técnicos para a importância de se intervir, do ponto de vista psicológico, com estas grávidas, durante a gestação e no pós-parto, com especial incidência na qualidade da relação mãe-bebé.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIME (2004). *Almas Feridas*. Consultado em 26 de Outubro 2004 através de <http://www.acime.gov.pt/modules.php?name=News&file=article&sid=319>

Antonucci, T., Landsford, J., & Ajrouch, K. (2000). Social Support. In G. Fink (Ed), *Encyclopedia of Stress*, vol.3 (2), (pp.479-482). UK: Academic Press.

Badinter, E. (1980). *O Amor Incerto. História do Amor Maternal do Séc.XVII ao Séc.XX*. Lisboa: Relógio d'Água.

Baganha, M. I., Ferrão, J., & Malheiros, J. (2002). *Os Movimentos Migratórios Externos e a sua Incidência no Mercado de Trabalho em Portugal*. Lisboa: IIEFP.

Barnard, K. (2003). *Prelude to Discussion on Pregnancy Issues*. Artigo consultado em Novembro de 2004 através da base de dados [http://www. Psyclit.com](http://www.Psyclit.com)

Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (2001). *A Relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce* (3ª Ed). Lisboa: Terramar.

Brown, A. (2005). *Social Support during Pregnancy: a unidimensional or multidimensional construct?* Artigo consultado em 28 de Janeiro de 2005 através da base de dados [www.psyclit.com](http://www.psyclit.com)

Bydlowski, M. (1995). La relation foeto-maternelle et la relation de la mère à son fœtus. In S. Lebovici, R. Diatkine & M. Soulé (Eds), *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 1881-1891). Paris : Presses Universitaires de France.

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

Collins, N., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., & Scrimshaw (1993). Social Support in Pregnancy: Psychosocial Correlates of Birth Outcomes and Postpartum Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol.65 (6), 1243-1258.

Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: A Experiência Psicológica* (Coleção Cline). Lisboa: Edições Colibri. (Obra original em inglês publicada em 1973).

Conde, A. & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na Gravidez: Factores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Psiquiatria Clínica*, vol.24 (3), pp.197-209.

Conde, A. & Figueiredo, B. (2005). Ansiedade na Gravidez: Implicações para a saúde e desenvolvimento do bebé e mecanismos neurofisiológicos envolvidos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36 (1), pp.41-49.

Cordeiro, J. D. (1987). *A Saúde Mental e a Vida* (2ª Ed. rev.). Lisboa: Edições Salamanca.

Cordeiro, J. D. (2002). Psicologia e Psicodinâmica da Gravidez. In J. D. Cordeiro, *Manual de Psiquiatria Clínica* (2ª ed.) (pp. 115-128). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Cruz, M. M. (1990). Encantos e Desencantos da Maternidade. *Análise Psicológica*, VIII (4), 367-370.

Fonseca, A. (1985). *Psiquiatria e Psicopatologia (vol.I)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Fonseca, A. (1988). *Psiquiatria e Psicopatologia (vol.II)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Fonseca, M. L. (2003). Dinâmicas de Integração dos Imigrantes: Estratégias e Protagonistas. In Alto Comissariado para as Minorias Étnicas (Ed), *Procedimentos do I Congresso de Imigração em Portugal [Diversidade- Cidadania-Integração]* (pp.108-140). Lisboa: ACIME.

Fontes, C. (2004). *Portugal como Destino*. Consultado em 17 de Dezembro de 2004 através de <http://imigrantes.no.sapo.pt/page2.html>

Glover (2001). *Ansiedade na gravidez pode causar hiperactividade no filho*. Artigo consultado em 3 de Março de 2003, através da base de dados <http://www.psyclit.com>

Guterres, M. C. (2001). Estudo do Suporte Social e da Qualidade de Vida em Doentes Mentais Crónicos a viverem em Comunidade. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Justo, J. M. (1990). Gravidez e Mecanismos de Defesa: um estudo introdutório. *Análise Psicológica*, VIII (4), 371-376.

Kitzinger, S. (1978). *Mães – um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Editorial Presença.

Leal, I. (1990). Nota de Abertura. *Análise Psicológica*, VIII (4), 365-366.

Leal, I. (2001). O Feminino e o Materno. In M. C. Canavarro (Ed), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 51-74). Coimbra: Quarteto Editora.

Lepore, S. (1994). Social Support. In Beak, A., Buss, D., Damasio, A., Iacano, W., Jones, E., & Kagan, J., *Encyclopedia of Human Behavior, vol.4*, pp. 247-251.

Macintyre, T., Carvalho, P., & Milhazes, G. (1997, Fevereiro). Ansiedade e Depressão no Processo Gravídico: Dados preliminares. In J. P. Ribeiro, *Procedimentos do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.231-251). Braga: ISPA.

Monteiro, C. A. (1997). Comunidade Imigrada: Visão Sociológica - O Caso da Itália. S. Vicente: Gráfica do Mindelo.

Nazario, B. (2004). *Anxiety during Pregnancy Increases ADHD Risk*. Artigo consultado em 28 de Janeiro de 2005 através de <http://www.psyclit.com>

Neto, F. (1993). Psicologia da Migração Portuguesa. Lisboa: Universidade Aberta.

Neves, S. (1997). Ansiedade durante a Gravidez: Primíparas vs Multíparas (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Oliveira, R. (1998). Do Vínculo ao Suporte Social. Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Oliveira, M., Vidal, A., Neto, C., Frias, C. & Fragoso, R. (2002). A Gravidez e o Nascimento numa Perspectiva Multicultural. Artigo consultado em 9 de Março de 2009 através de <http://www.scribd.com>

Ornelas, J. (1994). Suporte Social: Origens, Conceitos e Áreas de Investigação. *Análise Psicológica*, XII, 333-339.

Pennington, A. (2005). *Mom's Anxiety during Pregnancy Adversely Affects their Child's Emotion and Behaviour*. Artigo consultado em 28 de Janeiro de 2005 através de <http://www.psyclit.com>

Pereira, M., Santos, A., & Ramalho, V. (1999). Adaptação à gravidez: Um estudo biopsicossocial. *Análise Psicológica*, XVII (3), 583-590.

Pires, R. P. (2003). Migrações e Integração: Teoria e Aplicações à Sociedade Portuguesa. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE), Lisboa.

Raimundo, A. (2003). Qualidade de Vida, Suporte Social e Satisfação Sexual em Mulheres com Incontinência Urinária. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Ribeiro, J. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, XVII (3), 547-558.

Santos, P. L. (1993). Reacções ansiosas na gravidez e comportamento interactivo das mães durante o período neonatal dos filhos. *Análise Psicológica*, XI (4), 485-495.

Rosário (2004). Ulises, la nueva “odisea” que padecen los inmigrantes. El Ciudadano. Consultado em 26 de Outubro de 2004, através de <http://archivo-elciudadano.Com.ar/08-05-2004/laotracara/index.php>

Sá, E. (1997). A Maternidade e o Bebê. Lisboa: Fim de Século.

Santos, P. L. (1993). Reacções ansiosas na gravidez e comportamento interactivo das mães durante o período neonatal dos filhos. *Análise Psicológica*, XI (4), 485-495.

Sarason, I., Levine, H., Basham, R., & Sarason, B. (1983). Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol.44 (1), 127-139.

Silva, D., & Santos, S. C. (1997). Adaptação do State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – Form Y para a População Portuguesa: Primeiros Dados. *Revista Portuguesa de Psicologia*, nº32, pp.85-98.

Silva, D. (2003). O Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (S.T.A.I.). In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida, & C. Machado, Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa. Coimbra: Quarteto.

Silva, I. (2005, Fevereiro). Condições e dificuldades do imigrante em Portugal. Comunicação oral apresentada na conferência “Do Chegar e do Estar: Problemas e Perspectivas da Imigração em Portugal”. Lisboa: ISPA.

Soifer, R. (1986). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério* (4ª ed., tradução brasileira). Porto Alegre: Artes Médicas (obra original em espanhol publicada em 1977).

Stern, D. N. & Bruschweiler-Stern, N. (2000). *O Nascimento de uma Mãe*. Porto: Âmbar. (Ed. Original, 1998).

Underwood, P. (2000). *Social Support: The Promise and The Reality*. In V. H. Rice (Ed), *Handbook of Stress, Coping and Health*, cap.14 (pp.367-391). California: Sage Publications.

Vallejo, J. (2002). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatria* (5ª Edição). Barcelona: Masson.

Vitorino, A. (2003). *Uma Política Comum de Imigração*. In Alto Comissariado para as Minorias Étnicas (Ed), *Procedimentos do I Congresso de Imigração em Portugal [Diversidade-Cidadania-Integração]* (pp.151-169). Lisboa: ACIME.

## **ANEXO B**

- Caracterização da Amostra -

## Caracterização da Amostra

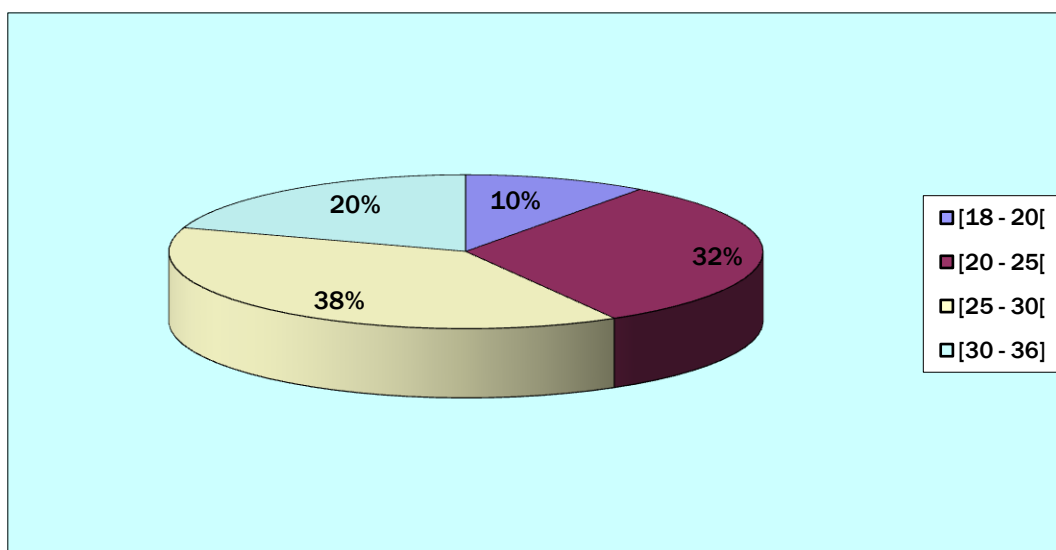
Para uma melhor visualização e conhecimento da caracterização da amostra, serão apresentados de seguida alguns quadros e gráficos, relativos às variáveis sócio-demográficas (idade, estado civil, escolaridade, profissão, nacionalidade, religião e estatuto sócio-económico). Assim, de acordo com os dados recolhidos, as características amostrais são as seguintes:

### ◆ Idade

**Quadro 1** – Distribuição das Amostras por Grupos Etários

Grupos Etários	Imigrantes	Portuguesas	N	%
[18 - 20[	3	3	6	10
[20 - 25[	12	7	19	31,7
[25 - 30[	10	13	23	38,3
[30 - 36]	5	7	12	20
Total	30	30	60	100

**Gráfico 1** – Percentagem dos Grupos Etários



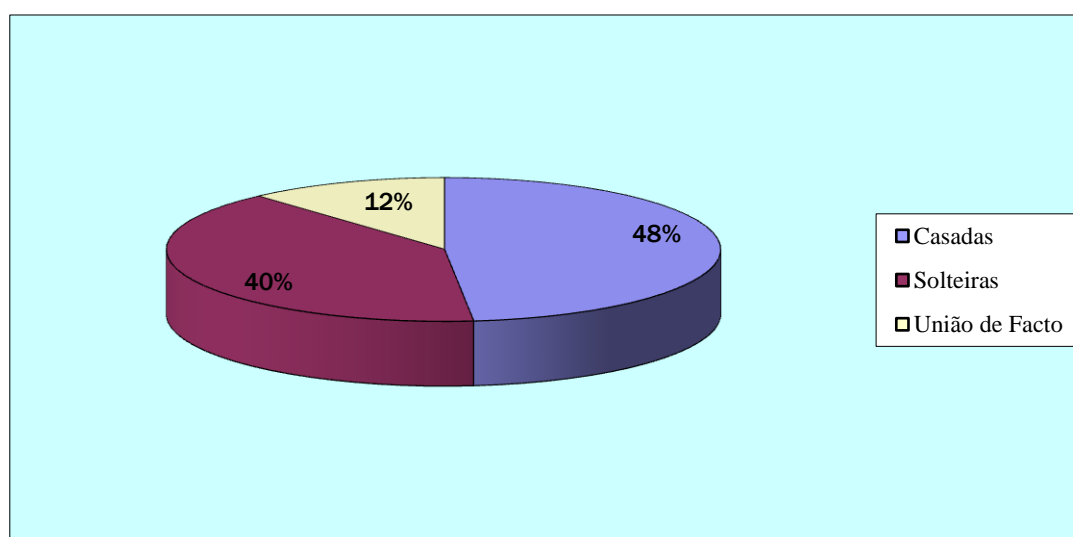
Através da análise da distribuição da amostra por grupos etários, verifica-se que a percentagem mais elevada pertence aos indivíduos com idades compreendidas entre os 25 e 30 anos (38%), seguido do grupo entre os 20 e 25 anos (32%). Com menos representação encontramos os grupos etários cujas idades variam entre os 30 e 36 anos (20%) e entre os 18 e 20 anos (10%).

◆ Estado Civil

**Quadro 2** – Distribuição das Amostras pelo Estado Civil

Estado Civil	Imigrantes	Portuguesas	N	%
Casadas	14	15	29	48,3
Solteiras	13	11	24	40
União de Facto	3	4	7	11,7
Total	30	30	60	100

**Gráfico 2** – Distribuição do Estado Civil em Percentagens



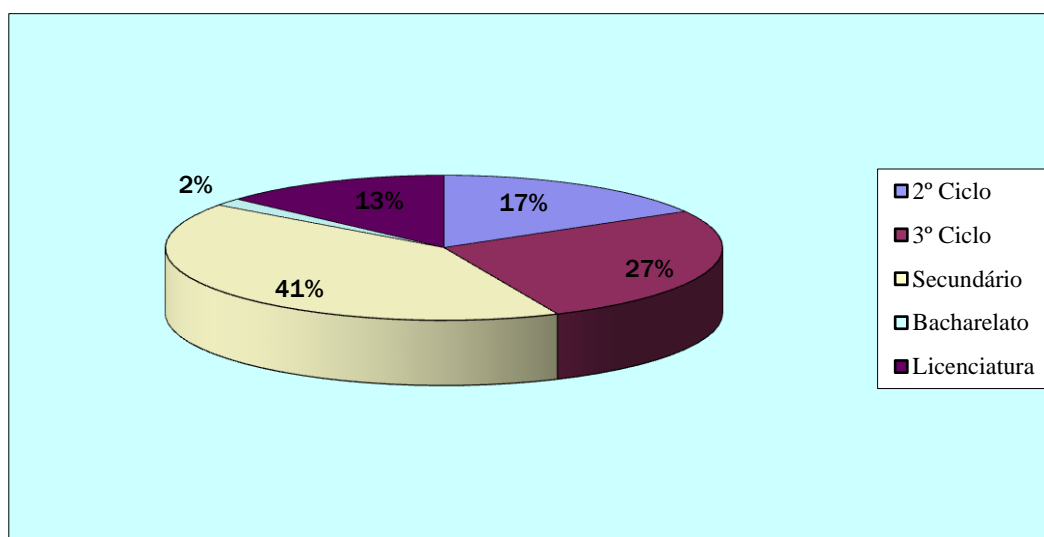
As percentagens apresentadas anteriormente indicam que existe uma maior incidência de grávidas casadas (48%), seguida das solteiras (40%), sendo a união de facto (12%) o estado civil menos representativo.

## ◆ Escolaridade

**Quadro 3** – Distribuição das Amostras pelo Grau de Escolaridade

Grau Escolaridade	Imigrantes	Portuguesas	N	%
2º Ciclo	4	6	10	16,7
3º Ciclo	8	8	16	26,7
Secundário	14	11	25	41,7
Bacharelato	0	1	1	1,6
Licenciatura	4	4	8	13,3
Total	30	30	60	100

**Gráfico 3** – Percentagens do Grau de Escolaridade



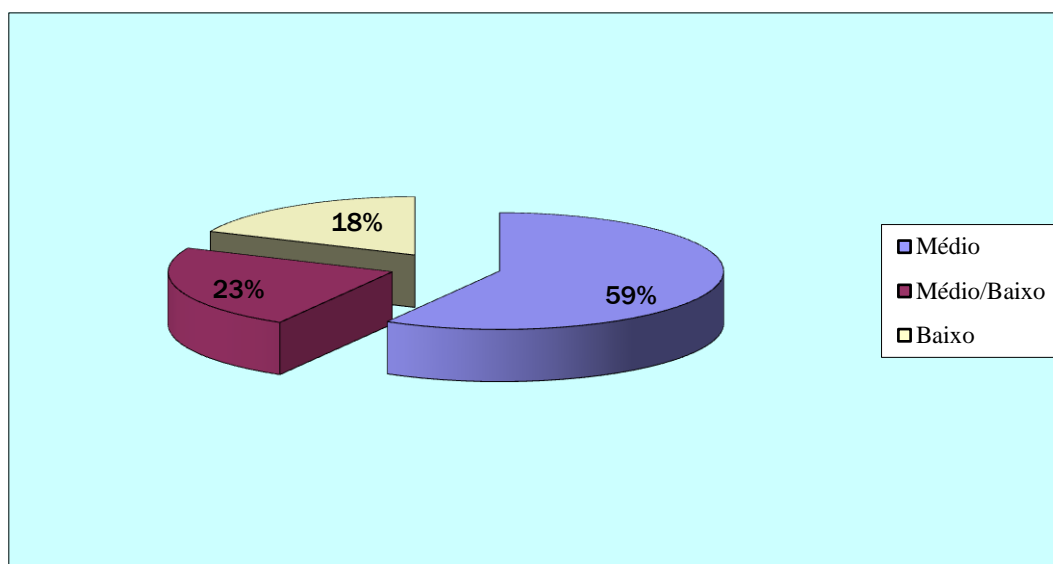
Relativamente ao grau de escolaridade podemos constatar que o nível de ensino mais destacado nas amostras, é o secundário (41%), seguido do 3º ciclo (27%). A um nível intermédio estão o 2º ciclo (17%) e a licenciatura (13%), encontrando-se o bacharelato (2%) como o menos representado.

## Estatuto Sócio-Económico

**Quadro 4** – Distribuição das Amostras pelo Estatuto Sócio-Económico

Estatuto Sócio-Económico	Imigrantes	Portuguesas	N	%
Médio	16	19	35	58,3
Médio/Baixo	7	7	14	23,3
Baixo	7	4	11	18,3
Total	30	30	60	100

**Gráfico 4** – Percentagens do Estatuto Sócio-Económico



Em relação ao estatuto sócio-económico verifica-se que 59% das grávidas amostradas pertencem a um nível sócio-económico médio, 23% afirmam pertencer a um nível médio/baixo e 18% ao nível baixo.

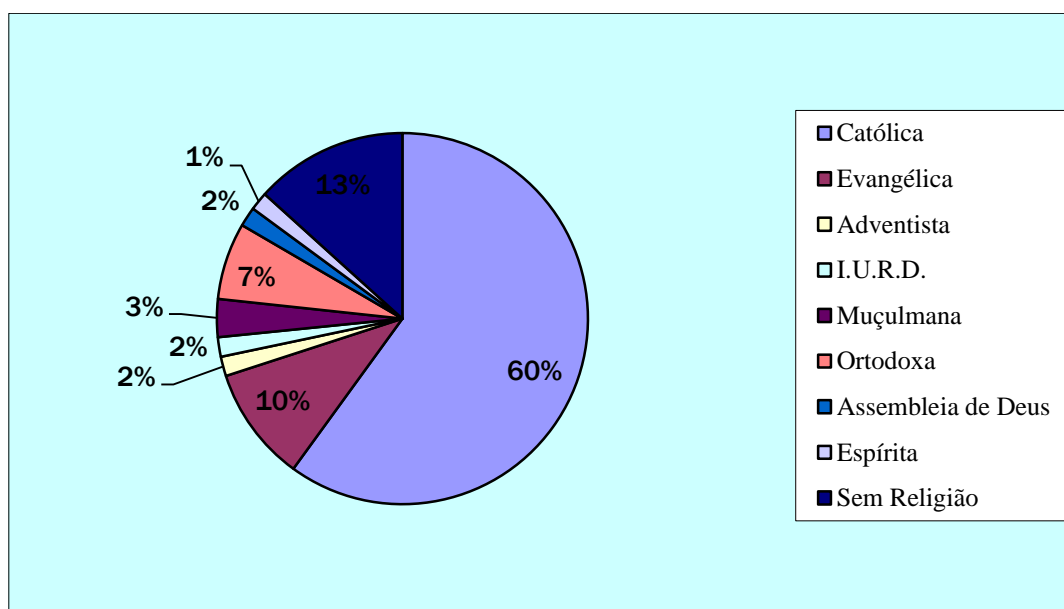
Foram excluídas todas as grávidas portuguesas pertencentes aos estatutos alto e médio/alto, devido à pouca ou mesmo nenhuma incidência de imigrantes nestes estatutos.

◆ **Religião**

**Quadro 5**– Distribuição das Amostras por Religião

Religião	Imigrantes	Portuguesas	N	%
Católica	12	24	36	60
Evangélica	6	0	6	10
Adventista	1	0	1	1,7
I.U.R.D.	1	0	1	1,7
Muçulmana	2	0	2	3,3
Ortodoxa	4	0	4	6,7
Assembleia de Deus	1	0	1	1,7
Espírita	0	1	1	1,6
Sem Religião	3	5	8	13,3
Total	30	30	60	100

**Gráfico 5** – Percentagens da Distribuição das Amostras pela Religião



Tendo em conta a grande heterogeneidade de nacionalidades do grupo das imigrantes, não nos foi de todo possível homogeneizar a variável religião, pelo que não iremos estudar a sua influência a nível das variáveis principais.

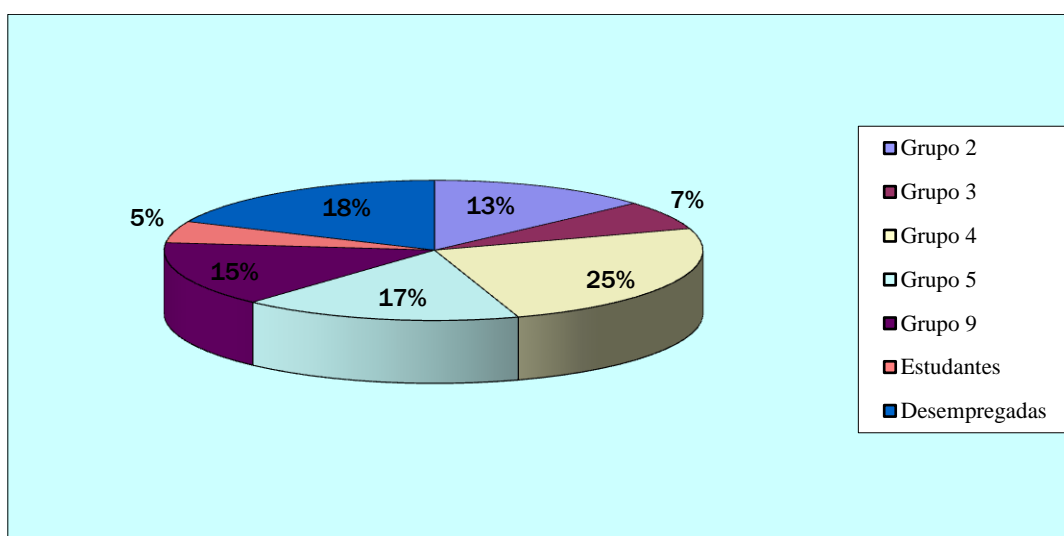
Deste modo, embora a maior percentagem seja atribuída à religião católica (59%), muitas outras religiões surgem igualmente representadas. Assim, temos, a evangélica com 10%, Adventista com 2%, I.U.R.D. com 2%, Muçulmana com 3%, Ortodoxa com 7%, Assembleia de Deus com 2%, Espírita com 2% e grávidas que afirmaram não pertencer a qualquer religião com 13%.

#### ◆ Profissão

**Quadro 6** – Distribuição das Amostras por Profissões

Profissões	Imigrantes	Portuguesas	N	%
Grupo 2	4	4	8	13,3
Grupo 3	0	4	4	6,7
Grupo 4	3	12	15	25
Grupo 5	5	5	10	16,7
Grupo 9	7	2	9	15
Estudantes	3	0	3	5
Desempregadas	8	3	11	18,3
Total	30	30	60	100

**Gráfico 6** – Percentagens da Distribuição das Amostras por Profissões



Relativamente à análise da distribuição das amostras por profissões é possível verificar que a percentagem mais elevada diz respeito ao grupo 4 (25%), constituído por profissionais administrativos e similares. O grupo com menor representação é o dos estudantes com um valor de 5%, seguindo-se o grupo 3 (7%), constituído por técnicos e profissionais de nível intermédio. A um nível mediano encontram-se o grupo 2 com 13%, englobando profissões intelectuais e científicas, o grupo 9 com 15%, do qual fazem parte trabalhadores não qualificados, o grupo 5 com 16,7% constituído por profissionais de serviços e vendas e, por último o grupo dos desempregados com 18%.

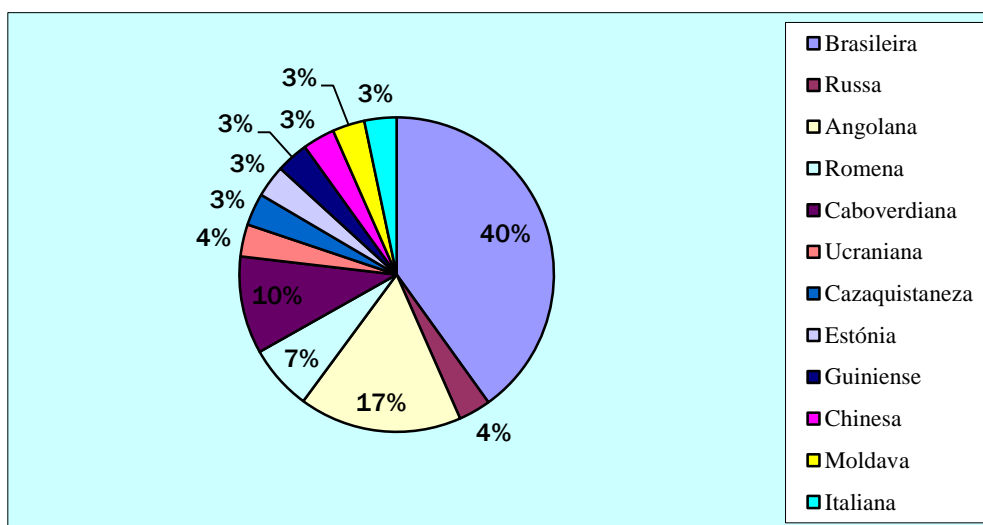
(Ministério do Trabalho e da Segurança Social, 1994)

#### ◆ Nacionalidades

**Quadro 7** – Distribuição das Amostras por Nacionalidade

Nacionalidades	Imigrantes	N	%
Brasileira	12	12	40
Russa	1	1	3,3
Angolana	5	5	16,7
Romena	2	2	6,7
Cabo-verdiana	3	3	10
Ucraniana	1	1	3,3
Cazaquistaneza	1	1	3,3
Estoniana	1	1	3,3
Guiniense	1	1	3,3
Chinesa	1	1	3,3
Moldava	1	1	3,3
Italiana	1	1	3,3
Total	30	30	100

**Gráfico 7** – Percentagens da Distribuição da Amostra por Nacionalidade

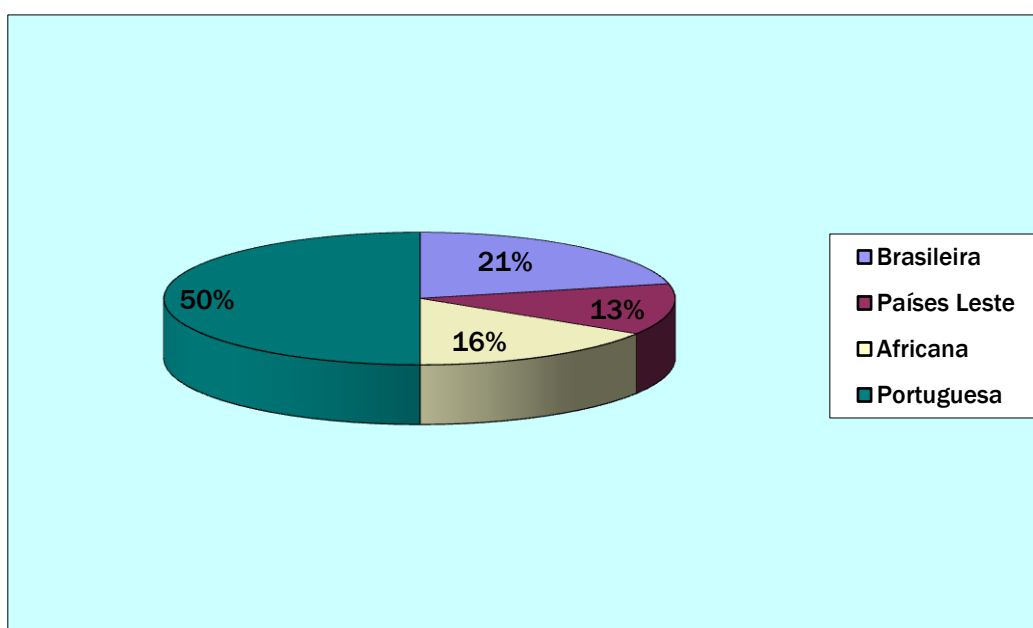


O gráfico apresentado permite verificar claramente a grande diversidade de nacionalidades de entre o grupo das imigrantes. A percentagem mais elevada é atribuída à nacionalidade brasileira (41%), seguida da angolana (18%), da cabo-verdiana (10%) e da romena (7%). Com menor representação encontram-se a russa, ucraniana, cazaquistaneza, estoniana, guiniense, chinesa, moldava e italiana, cada uma com um valor percentual de 3%.

Não apresentámos a percentagem referente ao grupo das portuguesas, tendo em conta que este adquire o valor de 100%.

**Gráfico 8** – Percentagens da Distribuição da Amostra por Grupos de Nacionalidades

mais Representativos



Tendo em conta a grande dispersão de nacionalidades, derivada do factor imigração, e tendo em consideração que as imigrantes de leste, assim como as africanas, possuem características em comum, decidimos agrupar estas nacionalidades.

O gráfico em questão permite-nos então, observar com maior destaque, as percentagens de nacionalidades com maior participação no estudo. Atendendo às características particulares das populações de leste, aqui representadas com um valor percentual de 13%, das populações africanas (16%), e das brasileiras (21%), iremos abordar mais à frente a forma como estas se apresentam relativamente à população portuguesa (50%) e às variáveis principais em estudo.

## ANEXO C

- Instrumentos –

Questionário Sócio-Demográfico

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Estado civil: \_\_\_\_\_

Grau de Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

Estatuto Sócio-Económico:

Baixo  Médio/Baixo  Médio  Médio/Alto  Alto 

Mês de Gestação: \_\_\_\_\_

Número de Filhos: \_\_\_\_\_

Número de Gravidezes:

1ª  2ª  3ª ou mais 

Situações de Aborto:

Sim  Não 

Já necessitou alguma vez de ajuda psicológica?

Sim  Porque? \_\_\_\_\_ Não Se é imigrante:

Pertence a alguma Comunidade de Imigrantes?

Sim  Não 

Tem outros membros da família em Portugal?

Sim  Quais? \_\_\_\_\_ Não 

Gratos pela sua colaboração

## Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAY)

**Instruções:** Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique **como se sente neste preciso momento**. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase: responda de modo a descrever o melhor possível a maneira **como se sente agora**.

		Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
1	Sinto-me calma.	1	2	3	4
2	Sinto-me segura.	1	2	3	4
3	Estou tensa.	1	2	3	4
4	Sinto-me esgotada.	1	2	3	4
5	Sinto-me à vontade.	1	2	3	4
6	Sinto-me perturbada.	1	2	3	4
7	Presentemente ando preocupada com desgraças que possam vir a acontecer.	1	2	3	4
8	Sinto-me satisfeita.	1	2	3	4
9	Sinto-me assustada.	1	2	3	4
10	Estou descansada.	1	2	3	4
11	Sinto-me confiante.	1	2	3	4
12	Sinto-me nervosa.	1	2	3	4
13	Estou inquieta.	1	2	3	4
14	Sinto-me indecisa.	1	2	3	4
15	Estou descontráida.	1	2	3	4
16	Sinto-me contente.	1	2	3	4
17	Estou preocupada.	1	2	3	4
18	Sinto-me confusa.	1	2	3	4
19	Sinto-me uma pessoa estável.	1	2	3	4
20	Sinto-me bem.	1	2	3	4

**Instruções:** Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique **como se sente em geral**. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase: responda de modo a descrever o melhor possível a maneira **como se sente habitualmente**.

		Quase Nunca	Algumas Vezes	Frequentemente	Quase Sempre
21	Sinto-me bem.	1	2	3	4
22	Sinto-me nervosa e inquieta.	1	2	3	4
23	Sinto-me satisfeita comigo própria.	1	2	3	4
24	Quem me dera ser tão feliz como os outros parecem sê-lo.	1	2	3	4
25	Sinto-me um falhado.	1	2	3	4
26	Sinto-me Tranquila.	1	2	3	4
27	Sou calma, ponderada e senhora de mim mesma.	1	2	3	4
28	Sinto que as dificuldades estão a acumular-se de tal forma que as não consigo resolver.	1	2	3	4
29	Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância.	1	2	3	4
30	Sou feliz.	1	2	3	4
31	Tenho pensamentos que me perturbam.	1	2	3	4
32	Não tenho muita confiança em mim.	1	2	3	4
33	Sinto-me segura.	1	2	3	4
34	Tomo decisões com facilidade.	1	2	3	4
35	Muitas vezes sinto que não sou capaz.	1	2	3	4
36	Estou contente.	1	2	3	4
37	Às vezes, passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me aborrecem.	1	2	3	4
38	Tomo os desapontamentos tão a sério que não consigo afastá-los do pensamento.	1	2	3	4
39	Sou uma pessoa estável.	1	2	3	4
40	Fico tensa ou desorientada quando penso nas minhas preocupações e interesses mais recentes.	1	2	3	4

## Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

**Instrução:** As afirmações a baixo, estão seguidas de cinco letras, desde **A- concordo totalmente** a **E- discordo totalmente**. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.	A	B	C	D	E
2. Não saio com os amigos tantas vezes quantas eu gostaria.	A	B	C	D	E
3. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.	A	B	C	D	E
4. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.	A	B	C	D	E
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.	A	B	C	D	E
6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.	A	B	C	D	E
7. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam.	A	B	C	D	E
8. Gostava de participar mais em actividades de organizações (por ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.).	A	B	C	D	E
9. Estou satisfeita com a forma como me relaciono com a minha família.	A	B	C	D	E
10. Estou satisfeita com a quantidade de tempo que passo com a minha família.	A	B	C	D	E
11. Estou satisfeita com o que faço em conjunto com a minha família.	A	B	C	D	E
12. Estou satisfeita com a quantidade de amigos que tenho.	A	B	C	D	E
13. Estou satisfeita com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.	A	B	C	D	E
14. Estou satisfeita com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	A	B	C	D	E
15. Estou satisfeita com o tipo de amigos que tenho.	A	B	C	D	E

## ANEXO D

Cartas Pedido de Consentimento para Recolha Amostra

Lisboa, 7 de Novembro de 2004

Assunto: Pedido de consentimento para recolha de amostra

À Exm<sup>a</sup> Sr<sup>a</sup> Coordenadora da Sub Região de Saúde de Lisboa,

Sou uma aluna do 5º Ano do Instituto Superior de Psicologia Aplicada, do curso de Psicologia, e venho pela presente pedir autorização para a recolha da amostra que será parte constituinte do meu estudo na Monografia de fim de curso. A investigação inserir-se-á no âmbito da gravidez, mais especificamente, na avaliação do suporte social e da ansiedade em grávidas imigrantes comparativamente com grávidas de nacionalidade portuguesa. Para esse fim, necessito de uma amostra de grávidas que abranja não só, grávidas imigrantes, como também de nacionalidade portuguesa. O procedimento consistiria em perguntar às grávidas se aceitam participar no meu estudo, de seguida seriam distribuídos dois questionários (Inventário de Ansiedade Estado-Traço e Escala de Satisfação com o Suporte Social) precedidos de uma folha de rosto para recolher alguns dados pessoais, como nacionalidade, estado civil, profissão, etc..

Peço por isso o vosso consentimento para recolher a amostra nos centros de saúde da Alameda, Penha de França, Sete Rios, Graça e S. João (extensão da rua Adolfo Coelho).

Aguardo resposta com alguma urgência. Sem outro assunto.

Atenciosamente Agradece,

P.S. Junto envio os exemplares dos instrumentos a aplicar.

Lisboa, 7 de Novembro de 2004

Assunto: Pedido de consentimento para recolha de amostra

Ao Exm Sr. Administrador do Hospital Egas Moniz,

Sou uma aluna do 5º Ano do Instituto Superior de Psicologia Aplicada, do curso de Psicologia, e venho pela presente pedir autorização para a recolha da amostra que será parte constituinte do meu estudo na Monografia de fim de curso. A investigação inserir-se-á no âmbito da gravidez, mais especificamente, na avaliação do suporte social e da ansiedade em grávidas imigrantes comparativamente com grávidas de nacionalidade portuguesa. Para esse fim, necessito de uma amostra de grávidas que abranja não só, grávidas imigrantes, como também de nacionalidade portuguesa. O procedimento consistiria em perguntar às grávidas se aceitam participar no meu estudo, de seguida ser-lhes-iam distribuídos dois questionários (Inventário de Ansiedade Estado-Traço e Escala de Satisfação com o Suporte Social) precedidos de uma folha de rosto para recolher alguns dados pessoais, como nacionalidade, estado civil, profissão, etc..

Peço por isso o vosso consentimento para recolher a amostra no espaço de aulas de preparação para o parto do vosso hospital.

Aguardo resposta com alguma urgência. Sem outro assunto.

Atenciosamente Agradece,

P.S. Junto envio os exemplares dos instrumentos a aplicar.

## ANEXO E

Folha de Rosto com Consentimento Informado

Os questionários que se seguem inserem-se no âmbito de um trabalho de investigação, na área da Psicologia, que tem por objectivo estudar os níveis de ansiedade e o suporte social durante a gravidez.

Para levar a cabo este trabalho, são pedidas algumas informações acerca das participantes, sendo assegurado desde já o anonimato e a confidencialidade de tais dados, que serão tratados estatisticamente e não individualmente.

Assim, pedimos que leia atentamente as instruções e responda a todas as questões dando a sua opinião sincera, e sabendo que não existem respostas certas nem erradas.

A minha assinatura significa que fiquei esclarecida do estudo e que me disponibilizei a nele participar.

A Utente: \_\_\_\_\_

## **ANEXO F**

Base de Dados da Análise Estatística

## **ANEXO G**

Resultados do Teste Anova Oneway relativos à Variável  
Nacionalidade e às Variáveis Principais

**Resultados do teste Anova Oneway relativos à Variável Nacionalidade e às Variáveis Principais**

	Brasileira		Africana		P. Leste		Portuguesa		F
	<u>M</u>	d.p.	<u>M</u>	d.p.	<u>M</u>	d.p.	<u>M</u>	d.p.	
<b>Y1</b>	39,75	10,558	41,22	12,775	40,29	10,161	35,33	9,030	1,229 (n.s.)
<b>Y2</b>	42,00	10,938	45,33	9,474	41,14	10,605	32,87	6,761	6,827 (*)
<b>ESSS</b>	49,00	12,563	43,67	13,509	46,86	13,945	60,63	11,473	6,465 (*)
<b>(Total)</b>									
<b>S.A.</b>	17,00	5,045	16,00	7,331	15,86	5,273	20,93	3,868	4,208 (**)
<b>I</b>	12,75	4,693	10,11	3,621	11,14	4,100	16,53	3,350	9,400 (***)
<b>S.F.</b>	9,50	3,000	10,56	3,087	12,00	3,916	12,93	2,803	4,219 (**)
<b>A.S.</b>	9,75	4,048	7,00	3,279	7,86	3,436	10,23	3,501	2,356 (****)

Nível de Significância: (n.s.) não significativo; (\*)  $p \leq 0,001$ ; (\*\*)  $p \leq 0,01$ ; (\*\*\*)  $p \leq 0,0001$ ; (\*\*\*\*)  $p \leq 0,5$

## ANEXO H

Resultados do Teste Correlação de Pearson entre Variáveis  
Principais

## Resultados do Teste Correlação de Pearson entre Variáveis Principais

		Ansiedade		Suporte Social				
		Ansiedade Estado	Ansiedade Traço	E.S.S.S. (Total)	Satisf. Amigos	Intimidade	Satisf. Família	Atividades Sociais
Ansiedade	Ansiedade Estado	-						
	Ansiedade Traço	0,80**	-					
Suporte Social	E.S.S.S. (Total)	-0,60**	-0,60**	-				
	Satisfação Amigos	-0,50**	-0,50**	0,90**	-			
	Intimidade	-0,70**	-0,50**	0,80**	0,60**	-		
	Satisfação Família	n.s.	n.s.	0,60**	0,50**	0,40*	-	
	Atividade Sociais	-0,40*	-0,50**	0,70**	0,40*	0,40*	n.s.	-

Nível de Significância: (n.s.) não significativo; (\*)  $p \leq 0,05$ ; (\*\*)  $p \leq 0,01$ ;

## ANEXO I

Resultados do Teste Correlação de Pearson entre Variáveis  
Principais e Variável de Imigração

## Resultados do Teste de Correlação de Pearson entre Variáveis Principais e Variável de Imigração

		Ansiedade			Suporte Social				Pres. Fam.
		Y1	Y2	E.S.S.S. (Total)	S.A.	I	S.F.	A.S.	
<b>Ansiedade</b>	Y1	-							
	Y2	0,80**	-						
<b>Suporte Social</b>	E.S.S.S.	-0,60**	-0,60**	-					
	S.A.	-0,50**	-0,50**	0,90**	-				
	I	-0,70**	-0,50**	0,80**	0,60**	-			
	S.F.	n.s.	n.s.	0,60**	0,50**	0,40*	-		
	A.S.	0,40*	-0,50**	0,70**	0,40*	0,40*	n.s.	-	
<b>Presença</b>									
	<b>Familiares</b>	0,40*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-0,40*	-

**Nível de Significância:** (n.s.) não significativo; (\*)  $p \leq 0,05$ ; (\*\*)  $p \leq 0,01$

## ANEXO J

Resultados do Teste Correlação de Pearson entre Variáveis  
Principais e Profissão

## Resultados do Teste de Correlação de Pearson entre Variáveis Principais e Profissão

		Ansiedade			Suporte Social				Profissão
		E.S.S.S.			S.A.	I	S.F.	A.S.	
		Y1	Y2	(Total)					
Ansiedade	Y1	-							
	Y2	0,80**	-						
Suporte Social	E.S.S.S.	-0,60**	-0,60**	-					
	S.A.	-0,50**	-0,50**	0,90**	-				
	I	-0,70**	-0,50**	0,80**	0,60**	-			
	S.F.	n.s.	n.s.	0,60**	0,50**	0,40*	-		
	A.S.	0,40*	-0,50**	0,70**	0,40*	0,40*	n.s.	-	
Profissão	0,50**	0,50**	-0,70**	-0,50**	-0,80**	n.s.	-0,40*	-	

Nível de Significância: (n.s.) não significativo; (\*)  $p \leq 0,05$ ; (\*\*)  $p \leq 0,01$

## **ANEXO K**

Resultados do Teste Correlação de Pearson entre Variáveis  
Principais e Estatuto Sócio-Económico

## Resultados do Teste de Correlação de Pearson entre Variáveis Principais e Estatuto Sócio-Económico

		Ansiedade		Suporte Social				Estat. Sócio-Económico	
		Y1	Y2	E.S.S.S. (Total)	S.A.	I	S.F.		A.S.
Ansiedade	Y1	-							
	Y2	0,80**	-						
Suporte Social	E.S.S.S.	-0,60**	-0,60**	-					
	S.A.	-0,50**	-0,50**	0,90**	-				
	I	-0,70**	-0,50**	0,80**	0,60**	-			
	S.F.	n.s.	n.s.	0,60**	0,50**	0,40*	-		
	A.S.	0,40*	-0,50**	0,70**	0,40*	0,40*	n.s.	-	
<b>Estatuto Sócio-Económico</b>		n.s.	-0,50**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-

Nível de Significância: (n.s.) não significativo; (\*)  $p \leq 0,05$ ; (\*\*)  $p \leq 0,01$ ;