

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



AUTO-EFICÁCIA, COPING E EXPECTATIVAS DA PREMATURIDADE
DURANTE A GRAVIDEZ

Ana Cristina Ranha dos Santos
Aluno nº 14459

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade

2009

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

AUTO-EFICÁCIA, COPING E EXPECTATIVAS DA PREMATURIDADE
DURANTE A GRAVIDEZ

Ana Cristina Ranha dos Santos
Tese orientada por Professora Doutora Teresa Botelho

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade

2009

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Teresa Botelho, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Gravidez e Parentalidade conforme despacho da DGES, nº 6037 / 2007 publicado em Diário da Republica 2ª série de 13 de Março, 2007

AGRADECIMENTOS

A todos os que colaboraram, de uma forma ou doutra, para a concretização deste projecto;

- Aos meus pais, os primeiros a incentivar-me a seguir este caminho que sabiam ser um sonho;

- Ao meu companheiro, porque esteve sempre presente neste processo longo e complexo;

- À Rita, pelo seu papel de revisora deste trabalho, mas acima de tudo pelo seu ombro amigo;

- Aos meus amigos, pelos convívios adiados;

- Às minhas colegas de serviço por todas aquelas trocas, para que eu conseguisse mais uns dias para este trabalho;

- Às participantes neste trabalho, porque sem elas este estudo não teria sido possível;

- À Professora Doutora Teresa Botelho, pelos seus ensinamentos e pela disponibilidade sempre demonstrada.

RESUMO

A prematuridade, enquanto problema da sociedade moderna, afigura-se actualmente como objecto de variadas investigações nas diferentes áreas da prestação de cuidados de saúde. optou-se aqui por um estudo de cariz prospectivo, fora do âmbito característico dos da área da prematuridade, ansiando contribuir para um maior conhecimento acerca da problemática. Pretende-se assim que a presente tese exploratória ajude a determinar se existem diferenças atribuíveis à vivencia do risco iminente de parto pré-termo.

Realizou-se um estudo quantitativo com complemento de natureza qualitativa e com vertente longitudinal.

A amostra foi constituída por 96 grávidas, das quais 61 internadas por risco iminente de parto prematuro e 35 não internadas.

Abordaram-se questões de caracterização da amostra segundo características sócio-demográficas, história obstétrica e expectativas da prematuridade. Utilizou-se a “Escala de Auto-eficácia geral (Pais Ribeiro, 1995)” e o questionário “Brief COPE (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004)”.

Concluiu-se que, na sua globalidade, os comportamentos das variáveis auto-eficácia e *coping* não apresentam diferenças significativas entre grupos de estudo, e que as expectativas da prematuridade dependem do internamento por risco de parto antecipado. A incidência de parto pré-termo foi de 50% e revelou-se dependente do risco, da gemelaridade, de características de *coping* e da expectativa do parto.

Palavras-chave: gravidez, prematuridade, auto-eficácia, *coping*

Self-efficacy, Coping and Prospects of Prematurity during Pregnancy

ABSTRACT

Prematurity, as a problem of modern society, has been subject of several studies in different health care areas. The present work intends to be an exploratory study on prematurity, following a prospective research design in order to determine if there are differences in the risk of pre-term labor in two different study groups. The choice was to make a prospective study, outside the typical scope of prematurity studies, in an attempt to contribute and deepen the knowledge on prematurity.

A quantitative study was done, with longitudinal data, complemented with qualitative information. The sample includes 96 pregnant women, 61 hospitalized due to imminent risk of premature labor, and 35 non-hospitalized pregnant women.

The sample was presented and characterized according to the socio-demographic characteristics, obstetric history and prospect of prematurity. As a method, the scale of general self-efficacy (Pais Ribeiro, 1995), and the "Brief COPE" survey (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004) were used.

The results indicates that the behavior of self-efficacy and coping components do not lead to significant differences between the study groups and that the prospect of prematurity depends on the hospitalization by premature labor risk. The occurrence of premature labor was 50%, independently of the risk, the twinning, the coping characteristics and labor prospects.

Key-words: pregnancy, prematurity, self-efficacy, coping

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Frequências e percentagens relativas da amostra participante | 25 |
| Tabela 2 – Cruzamento de variáveis – GA/ GC * Raça | 26 |
| Tabela 3 – Cruzamento de variáveis – GA/ GC * Nacionalidade | 26 |
| Tabela 4 – Cruzamento de variáveis – GA/ GC * Residente no Distrito | 27 |
| Tabela 5 – Cruzamento de variáveis – GA/ GC * Profissão | 30 |
| Tabela 6 – Cruzamento de variáveis – GA/ GC * Situação Profissional | 30 |
| Tabela 7 – Cruzamento de variáveis – GA/ GC * Família com quem vive | 31 |
| Tabela 8 – Análise descritiva da variável <i>história obstétrica</i> | 32 |
| Tabela 9 – Cruzamento de variáveis – GA/ GC * Tratamento | 34 |
| Tabela 10 – Cruzamento de variáveis – GA/ GC * Tempo de tratamento | 35 |
| Tabela 11 – Cruzamento de variáveis – GA/ GC * Gravidez singular /gemelar | 36 |
| Tabela 12 – Cruzamento de variáveis – GA/ GC * Motivo do risco | 37 |
| Tabela 13 – Teste do Qui-Quadrado – GA/ GC * Motivo de risco | 37 |
| Tabela 14 – Estatística descritiva da variável <i>auto-eficácia</i> | 39 |
| Tabela 15 – Correlação Auto-eficácia * Dimensões da auto-eficácia | 39 |
| Tabela 16 – Estatística Descritiva da variável <i>coping</i> | 42 |
| Tabela 17 – Cruzamento de variáveis – GA/ GC * Já viu bebé prematuro? | 44 |
| Tabela 18 – Cruzamento de variáveis – GA/ GC * Onde | 45 |
| Tabela 19 – Categorias de significação – Adjectivos | 46 |
| Tabela 20 – Cruzamento de variáveis – GA/ GC * 1º Adjectivo | 47 |
| Tabela 21 – Cruzamento de variáveis – GA/ GC * 2º Adjectivo | 47 |
| Tabela 22 – Cruzamento de variáveis – GA/ GC * 3º Adjectivo | 48 |
| Tabela 23 – Cruzamento de variáveis – GA/ GC * Evitar prematuro | 49 |
| Tabela 24 – Cruzamento de variáveis – GA/ GC * Vai ter prematuro? | 50 |
| Tabela 25 – Cruzamento de variáveis – GA/ GC * O bebé nasceu prematuro? | 52 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 – Histograma de frequências da variável <i>idade</i> | 25 |
| Gráfico 2 – Histograma de frequências da variável <i>estado civil</i> | 28 |
| Gráfico 3 – Histograma de frequências da variável <i>habilitações literárias</i> | 28 |
| Gráfico 4 – Histograma de frequências da variável <i>desejo de engravidar</i> | 33 |

| | |
|--|----|
| Gráfico 5 – Histograma de frequências da variável <i>planeamento da gravidez</i> | 33 |
| Gráfico 6 – Histograma de frequências da variável <i>tratamento</i> | 34 |
| Gráfico 7 – Histograma de frequências da variável <i>idade gestacional</i> | 35 |
| Gráfico 8 – Gráfico de distribuição IG na data de parto * GA/GC | 52 |

INTRODUÇÃO

A gravidez, enquanto período que marca o desenvolvimento fetal para o nascimento e vida extra-uterina, prepara física e psicologicamente a futura mãe para a nova fase da sua vida. Se em termos fetais podemos afirmar tratar-se de um desenvolvimento físico pautado essencialmente pelo crescimento e amadurecimento das capacidades, na mulher esta fase é acompanhada de mudanças intensas onde a componente de aprendizagem social tem primordial importância. A maternidade resulta de uma aprendizagem feita através das experiências sociais e culturais, e o momento do nascimento do filho potencia o desenvolvimento do repertório materno para a interação com o bebé (Kitzinger, 2006; Sá, 1997). Não é uma tarefa instintiva, onde a mulher sabe espontaneamente o que fazer ou não com o seu bebé, o ama instantaneamente e se torna naturalmente atenta às suas necessidades. Se por um lado o recém-nascido, enquanto ser dotado de capacidades para a reacção a estímulos externos, irá modelar as reacções da sua mãe criando um sistema de intercomunicação entre os dois (Brazelton & Cramer, 1989), a mãe, por outro lado, estará especialmente sensível à estimulação proveniente do seu bebé desde os contactos iniciais entre eles (Figueiredo, 2001).

Durante a gravidez, os futuros pais sonham com um bebé grande, gordo e sorridente, que se acomode de forma terna nos seus braços e que reaja ao que o rodeia. Têm expectativas para que tudo seja bom e fácil. No entanto, por vezes os seus filhos nascem a meio da gravidez, logo a seguir à ecografia onde lhes disseram que estava tudo bem, comprometendo assim o futuro idealizado. Se algumas destas grávidas não estão em risco de parto pré-termo, cerca de um terço apresenta algum factor de risco, encontrando-se muitas vezes em repouso, à espera de conseguir adiar o nascimento por mais uns dias (Botelho & Leal, 2001). Para grande parte dessas mulheres, o internamento hospitalar, a terapêutica específica e o repouso prolongam o nascimento, contribuindo de forma activa para o nascimento de termo dos que estariam, à partida, condenados a ser prematuros. Contudo, o internamento representa também a alteração de um processo natural, bem como a vivência de um período de *stress*, mais ou menos intenso. “Durante o internamento hospitalar, as grávidas precisam de reorganizar vários aspectos da sua vida emocional” (Campos, 2000, 22).

Tendo em conta a realidade do internamento em risco de parto pré-termo, colocam-se determinadas questões:

- Como reagirão as grávidas em risco de parto pré-termo mediante o internamento hospitalar?
- Quais as estratégias de *coping* que evocarão para lidar com o risco?
- Como imaginarão o seu bebé?

Afigurando-se como questões de partida para um estudo prospectivo de carácter exploratório que pretende a compreensão da problemática da prematuridade antes que esta se torne uma realidade na vida das famílias, a pesquisa elaborada tem como objectivo dar voz às grávidas em risco de parto pré-termo.

Este estudo surge do contacto diário da sua autora com a prematuridade em contexto de internamento hospitalar, como enfermeira numa Unidade de Cuidados Neonatais. Da necessidade de adquirir novos conhecimentos sobre a gravidez, e em especial sobre a gravidez de risco, num percurso de desenvolvimento de competências pessoais e profissionais em continuidade da prática como profissional, complementado pela formação em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade, se desenvolveu este projecto de investigação.

A apresentação deste trabalho é constituída por quatro partes. A primeira parte, referente ao enquadramento teórico, centraliza o estudo nas suas diversas vertentes, como a gravidez em risco de parto pré-termo, as expectativas da prematuridade, a auto-eficácia e o *coping*. Na segunda parte é apresentado o estudo realizado, definidas as questões de investigação, os seus objectivos, a metodologia utilizada e a caracterização do caderno de recolha de dados. Também é na segunda parte do estudo que são apresentados os resultados da caracterização da amostra em estudo. Na terceira parte é apresentada a análise e interpretação dos resultados obtidos. Por fim, na quarta parte, referem-se as principais conclusões do estudo, suas limitações e sugestões para novos estudos na área.

I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1- Transição para a parentalidade. A gravidez ameaçada.

O projecto de ter filhos, por parte de um casal, representará ao mesmo tempo um prolongamento biológico dos próprios progenitores, um cumprimento do dever de manutenção de família para com a sociedade, e um ajustamento dos papéis sociais (Mc Daniel, Hepworth & Doherty, 1994). A conquista da parentalidade é um processo marcado por várias adaptações, tanto a nível conjugal, como familiar, como social. Apresenta-se assim como um período crítico da relação do casal, pelas necessárias adaptações conjugais que, como consequência, provocarão no par um novo equilíbrio (Schulz, Cowan & Cowan, 2006). Na mulher, a gravidez será indutora do processo de alargamento e integração da nova identidade, a materna. Terá de se inteirar como mãe, com as suas funções e significados, perdas e ganhos produzidos pelo novo estatuto e, adaptando-se de acordo com a sua própria identidade, aceitar as mudanças que implicam o seu novo papel (Canavarro & Pedrosa, 2005). A gravidez, como período que separa as duas realidades – a de pais e a de não pais – situa as adaptações num tempo definido. Naturalmente, a ansiedade está inerente à gravidez, num processo de reacção a uma nova situação e com contornos imprevisíveis. O período pré-natal está ligado à ocorrência de períodos de depressão, ansiedade, conflitos conjugais e expectativas relacionadas com o cuidar do bebé. (Campos, 2000; Porter & Hsu, 2003). Segundo Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais (2005), num estudo efectuado em Portugal com grávidas utentes da Maternidade Júlio Dinis (Porto), durante o terceiro trimestre de gravidez a futura mãe antecipa o parto, focando-se no planeamento e conhecimento acerca do seu processo. Prevê o momento como uma experiência dolorosa e preocupa-se com as possíveis consequências negativas no seu bem-estar e no do seu filho.

Os factores sociais e psicológicos maternos, tal como o bem-estar da grávida e do feto, têm sido apontados como factores influentes no decorrer da gravidez. Vários autores apontaram nas últimas décadas para que também os factores psicossociais se relacionem significativamente com a incidência de problemas de saúde na mãe e no feto. (Rini, Dunkel-Schette, Wadhawa & Sandman, 1999; Conde & Figueiredo, 2005 cit Davis et al, 1961). Jonhson & Dubin (1980) apontaram situações específicas, como o baixo estatuto sócio-económico, a prematuridade repetida, a gravidez não desejada, o tabagismo, a gravidez

múltipla, a placenta prévia, a doença física da grávida e as anormalidades fetais como podendo estar associadas com a incidência de parto prematuro. A má alimentação, o *stress*, a baixa estatura e o baixo nível educacional apresentam-se como os mecanismos através dos quais o estatuto sócio-económico pode ser factor de risco de parto pré-termo. Os mesmos autores afirmam ainda que os factores de risco de parto pré-termo não podem ser considerados como predictores dessa ocorrência mas que os factores sócio-económicos associados a ocorrência clínica potencializam o risco da situação clínica isolada. Vários têm sido os autores que apontam causas obstétricas e ginecológicas, como a existência de dilatação cervical precoce, a diminuição do colo do útero ou a história de parto pré-termo, como possibilitadoras do parto pré-termo (Leveno, Cox & Roank, 1986; Pastore, Hanstmann, Thorp, Royce & Jackson, 2000), ou mesmo a ocorrência de alterações hormonais ou infecções ginecológicas (Mikamo, Hayasaki, Kawazoc, Hua & Tamy, 1999; Romero, Espinoz, Chaiworapongsa & Kalalachse, 2002). Num estudo envolvendo 25844 nascimentos ocorridos entre 1970 e 1979 no Reino Unido, com o objectivo de avaliar a associação entre o risco de parto pré-termo e as condições sociais, demográficas e clínicas, Meis, Goldenberg & Mercer (1995) avaliaram a ocorrência de hemorragia no terceiro trimestre, a pré-eclampsia, o peso materno abaixo dos 45 Kilos, a idade materna inferior aos 18 anos, o descolamento de placenta no início da gravidez e a história de prematuridade como os principais factores desta relação. Em Portugal, Tavares & Barros (1996) realizaram um inquérito a nível nacional com o objectivo de caracterizar a gravidez na adolescência segundo aspectos demográficos, sociais e comportamentais. Aí, num total de 1582 mulheres, e tendo estudado comparativamente grávidas adolescentes e adultas, concluíram que as primeiras apresentavam características particulares, como a incidência de gravidez não programada e o desconhecimento do acompanhamento pré-natal. No entanto, ao contrário do descrito em estudos noutras populações, tanto as mães adolescentes como os seus recém-nascidos não apresentavam consequências biológicas significativamente diferentes das mães adultas, excepto na prevalência de pré-termo.

Noutra perspectiva, também os factores psicológicos são apontados como influenciadores do tempo de gestação. A referência a altos níveis de ansiedade como factor influenciador da ocorrência de parto pré-termo e do baixo peso à nascença em estudos aparece desde há vários anos (Dole, 2001; Conde & Figueiredo, 2003). O *stress* pré-natal tem sido associado com a

ocorrência de complicações durante a gravidez e com o parto pré-termo (Conde & Figueiredo, 2005).

Num estudo prospectivo com 120 grávidas hispânicas e 110 brancas, Conde & Figueiredo (2005) cit. Rini et al (1999), confirmaram que as mulheres com melhores recursos pessoais, como a mestria ou controlo percebido, a auto-estima e o optimismo, têm filhos com um mais elevado peso à nascença, e as que o demonstram maior *stress* apresentam gestações mais curtas.

Campos (2000), cit. Teichman & Breull (1989), num estudo prospectivo sobre a prematuridade com o objectivo de identificar os factores psico-sociais para o parto prematuro, exploraram quatro áreas de interesse: a existência ou não de estratégias de *coping*, a motivação para ter um filho, a existência de *stress* profissional e a situação familiar da população grávida. Concluíram não existir um único tipo de factores psicológicos responsáveis pelo parto prematuro e apontaram a sua ocorrência para uma causa multifactorial. A ansiedade, o *stress* ou a falta de apoio social poderão ter alguma influência na ocorrência do parto pré-termo; porém existem muitas mulheres ansiosas ou com apoios sociais precários que não têm partos prematuros.

Remetendo-nos aos estudos da personalidade materna, verificam-se sentimentos negativos associados à gravidez nas mulheres internadas por risco de parto pré-termo (De Muydler, 1989), com a presença de maior instabilidade emocional, irritabilidade e perturbações de sono compensadas pelas fantasias da gravidez (Rymashevsky, Kovalenko, Volkov & Trufanova, 1990). As mulheres que anunciam contracções prematuras apresentam muitas vezes comportamentos de impaciência e intolerância em relação às limitações impostas pela gravidez, o que, na prática, se reflecte numa actividade excessiva e na falta de cuidado com ela própria (Campos, 2000).

Defendendo a existência de uma relação entre a estrutura da personalidade materna e o nascimento de um filho prematuro, alguns autores apresentam um perfil de personalidade da grávida em risco de parto pré-termo do tipo ansioso-fóbico em oposição ao perfil das grávidas sem risco que definem como dentro da norma (Rymashevsky et al., 1990; Cornee et al., 1994). Por outro lado, autores mais recentes, e no nosso país, dão luz a outra interpretação da personalidade da mãe prematura, referindo que estas mulheres demonstram vivenciar um conflito entre a gravidez e a carreira profissional, confirmando aspectos referidos por autores

no final do século passado (Botelho & Leal, 2001 cit. De Muydler, 1990). Botelho & Leal (2001) conseguem identificar traços de personalidade na mãe prematura que se caracterizam pela presença de mais elevada assertividade, dominância e actividade do que na população feminina portuguesa em geral – esta descrita como apresentando valores mais elevados de ansiedade, depressão, vulnerabilidade e estética. A mãe prematura é apresentada como uma mulher que reúne um conjunto de dimensões pessoais valorizadas pela actual sociedade, onde o papel de mulher-profissional compete com a diminuição de ritmo a que a gravidez obriga. Desta forma, a gravidez torna-se demasiado duradoura para estas mulheres. O perfil de personalidade da mãe prematura foi mesmo apresentado como semelhante ao das mulheres com história clínica de infertilidade (Cabral, 2001), e ao das mulheres com história de abortos de repetição (Cabeças, 2000).

1.2- Expectativas da Prematuridade

A prematuridade parece apresentar-se como um grande problema da obstetrícia moderna, apesar dos enormes avanços da medicina e dos esforços desenvolvidos para a sua prevenção. Variando de país para país, de raça para raça, consoante as condições sócio-económicas, mesmo com a qualidade crescente dos cuidados obstétricos, a incidência de partos pré-termo não se tem alterado significativamente nos últimos anos, apresentando mesmo uma ligeira subida nos países mais industrializados. No nosso país, a taxa de nascimentos prematuros representa 6,6% do total de nascimentos nacionais (INE 2007). Na prática 7260 crianças nasceram em Portugal no ano 2005 com idade gestacional inferior a 37 semanas, dos quais 1037 apresentavam idade inferior a 34 semanas de gestação ou baixo peso à nascença, necessitando de internamento hospitalar em unidades de cuidados neonatais. Nos anos seguintes os números não foram muito diferentes, ultrapassando em pouco o milhar de recém-nascidos internados nas unidades de cuidados neonatais com muito baixo peso ou com necessidade de cuidados especiais por prematuridade (Base de Dados Nacional de Prematuros e Recém-nascidos com Muito Baixo Peso). Da mesma forma, a incidência de nascimentos prematuros tem-se mantido estável nos últimos anos, variando entre 5,9% no ano 2000 e o pico máximo de 6,9%, atingido no ano de 2003.

De facto, os avanços técnicos e científicos que permitem o nascimento e sobrevivência, cada vez mais precoce, de bebés que há uns anos não teriam viabilidade, são comparáveis ao

aumento do conhecimento clínico de patologias, dantes impeditivas de uma gravidez hoje possível. No fundo, parece haver cada vez mais mulheres que podem ser mães.

Aguardado como um momento de passagem para os papéis parentais e idealizado como sendo o fim do *stress*, o nascimento de um filho é ansiado com muita expectativa. No entanto, para alguns casais, o exercício da parentalidade está condenado a começar mal. Representando a primeira causa de internamento durante a gravidez, a ameaça de parto pré-termo assombrará o presente e o futuro idealizado (Ancel, 2002). Poderá mesmo ser o início de uma nova fase, a de serem “pais prematuros”. Obrigados a ter um filho diferente, os pais do bebé prematuro viverão o luto do “bebé imaginado” e viverão um “bebé real” doente. Vivenciarão um luto prospectivo pela perda do futuro imaginado (Cabral, 2005; Silva, 2006), e se o seu bebé não vier dotado das capacidades precoces de um recém-nascido normal, ou se for visivelmente diferente, os pais poderão ter uma maior dificuldade em estabelecer uma relação de vínculo (Stern, Bruschiweiller-Stern & Freeland, 2005; Rolin & Canavarro, 2006). O parto será a ocorrência que marca a transição para a parentalidade e, especificamente o parto pré-termo, terá consequências negativas na adaptação conjugal à nova fase do casal (Talmi & Harmon, 2004; Stern et al., 2005). Num estudo sobre a prematuridade e suas representações sociais, Barros & Trindade (2007) referem que as mães de bebés prematuros internados na unidade de cuidados intensivos neonatais afirmam que o nascimento do seu filho implica, sobretudo, ter mais responsabilidades, fazer-lhe companhia e sacrificar-se por ele. Nesse mesmo estudo, as mães descrevem o primeiro contacto com o seu filho reportando-se ao seu tamanho pequeno, à sua fragilidade. Essa representação, baseada no aspecto visual, parece concretizar o medo da morte e o luto sofrido pela perda do “bebé imaginado” (Piccinini & col. 2004, cit. Barros & Trindade, 2007). O *stress* do casal com filhos nascidos prematuramente reflecte-se através de sentimentos de falhanço e de perda, acompanhados de revolta e desconfiança (Minde, 2000; Barros & Brandão, 2002), sendo que esta sintomatologia poderá evoluir para um quadro depressivo, mais observada nas mães que nos pais prematuros. Esta sintomatologia está associada, não só ao *stress* geral, mas também ao *stress* provocado pela percepção da situação do filho, e depende das estratégias de *coping* individuais e conjugais evocadas (Spear, Leef, Epps & Locke, 2002).

Por sua vez, as capacidades de *coping* do casal estão relacionadas com as suas vivências conjuntas. Será ainda pertinente pensar que a vivência da ameaça de prematuridade do filho dotará o casal, por seu lado, de estratégias de *coping* para a situação de *stress* relacionada com

a adaptação a uma nova fase da vida conjugal. Salientam-se estudos que referem os estilos de *coping* em grávidas em risco de parto pré-termo como importantes preditores do nascimento prematuro (Botelho & Leal, 200; cit. Demyttenaere et al., 1995). Num estudo acerca do internamento das grávidas em risco, Silva (2006) afirma que essa vivência, que não faz parte de um projecto de maternidade, é muitas vezes vivida com ansiedade e angústia podendo tornar-se um elemento perturbador/destabilizador para a mulher. Segundo a mesma autora, o impacto de vivência de um internamento durante a gravidez é sentido de igual modo que o internamento do “filho prematuro” numa unidade de cuidados neonatais.

1.3- Auto-eficácia

A auto-análise dos actos, comportamentos e pensamentos da vida quotidiana, é uma característica do comportamento humano. Os entendimentos elaborados pelo indivíduo acerca da própria competência para desempenhar com sucesso um padrão de comportamento, foram identificados por Bandura (1982) e definidos como percepções de auto-eficácia. A percepção de auto-eficácia por parte do indivíduo é o mecanismo central das suas acções intencionais. De entre os factores que influenciam o auto-conhecimento, nenhum outro tem tanto peso no dia-a-dia como a percepção da auto-eficácia (Bandura, 1989).

A construção da teoria da auto-eficácia foi desenvolvida por este autor enquanto mediadora do comportamento humano e, por consequência, influente na sensação de bem-estar do indivíduo. Numa perspectiva abrangente, apresenta uma área do comportamento humano onde as crenças que os indivíduos concebem sobre si próprios se tornam os componentes essenciais no exercício do controlo pessoal.

A percepção que as pessoas têm das suas próprias competências afecta o seu padrão de pensamento, o seu comportamento, a sua reacção emocional e o seu nível de motivação (Pais Ribeiro, 1995 cit. O’Lary 1985). Desta forma, a auto-eficácia refere-se à interpretação do indivíduo acerca da sua capacidade pessoal de organizar e desenvolver actividades em situações desconhecidas e potencialmente geradoras de *stress* (Pais Ribeiro, 1995).

Definida como o conjunto de crenças do indivíduo nas suas próprias capacidades de organização e execução de tarefas requeridas para lidar com situações prospectivas (Bandura,

1989), a auto-eficácia apresenta-se como uma variável cognitiva de função motivacional, sendo que afecta o comportamento do indivíduo, o seu nível de motivação, o seu padrão de pensamento e a sua reacção emocional (Pais Ribeiro, 1995 cit. O'Lary 1985). Esta perspectiva considera o indivíduo como consistindo, simultaneamente, em produto e produtor do seu ambiente e do seu sistema social, sendo produtor quando interfere no seu meio ambiente, e produto quando o ambiente lhe proporciona reflexão e adaptação (Bandura, 1997).

A teoria da auto-eficácia considera que o comportamento do indivíduo e as suas possíveis alterações são mediadas pela expectativa de auto-eficácia pessoal, ou seja, pela crença individual na capacidade em atingir um determinado nível de exigência (Bandura, 1989), não dependendo das capacidades para atingir os objectivos traçados, mas sim da utilização dessas mesmas capacidades. Na realidade, o facto do indivíduo ser possuidor de capacidades não lhe fornece, por si só, competência para as usar. Desta forma, a crença na auto-eficácia por parte do indivíduo influencia a escolha de tarefas, o esforço e tempo a ser despendido, não só para o cumprimento dessas mesmas tarefas mas também para a ultrapassagem dos obstáculos que encontrará nesse processo, acabando também por influir nas reacções emocionais que acompanham o seu desempenho. Uma auto-eficácia adequada exige que o indivíduo seja possuidor de capacidades, mas também que acredite ser capaz de as utilizar eficazmente (Brígido, 2003). É o julgamento das suas próprias competências que vai influenciar os padrões de pensamento e as reacções emocionais ao meio circundante e às exigências que o envolvem.

Bandura (1982) defende que a percepção da auto-eficácia, ou seja, a avaliação da performance própria, se apresenta como mais importante que a própria performance em si. O mesmo autor distingue dois conceitos fundamentais neste âmbito, o de expectativa de eficácia pessoal e o de expectativa do resultado. A convicção na realização com sucesso de um determinado comportamento por parte do indivíduo define a expectativa de eficácia. A crença pessoal que determinado comportamento produzirá determinado resultado diz respeito à expectativa do resultado. Desta forma, a percepção do próprio na sua eficácia afectará a motivação no seu modo de agir, proporcionando-lhe conhecimento na determinação de escolhas, no esforço com que se envolve na realização de tarefas e na capacidade de persistência nas tentativas de resolução perante determinada contrariedade (Pais Ribeiro, 1995 cit. Bandura, 1977). Por outro lado, “os indivíduos podem acreditar que determinada acção conduz a determinado resultado, mas, se tiverem dúvidas acerca da sua capacidade para

realizar essa acção, a crença inicial não influencia o seu comportamento” (Pais Ribeiro, 1995). Com base em performances passadas, a percepção da auto-eficácia será, assim, preditiva de reacções futuras. Relaciona-se com a capacidade pessoal de influenciar o comportamento particular. Perante competências apropriadas e incentivos adequados, as expectativas de eficácia são um determinante das escolhas pessoais e da quantidade e tempo de persistência no esforço para aguentar ou lidar com situações de *stress* (Brígido, 2003). Desta forma, a percepção de auto-eficácia é uma capacidade activa em mudança constante, e não um preditor passivo das reacções e comportamentos do indivíduo (Pires, 1997).

A convicção da eficácia pessoal para o desempenho de um comportamento adequado provém de quatro fontes (Leite et al., 2002): experiências no domínio pessoal do desempenho, experiências por meio de modelos sociais, persuasão social e estados emocionais e fisiológicos.

- As experiências no domínio pessoal do desempenho são entendidas como a percepção de ter tido, ou não, sucesso no desempenho requerido. A percepção de sucesso proporciona a sensação de eficácia, dá ao indivíduo a noção de que o esforço para ultrapassar o obstáculo valeu a pena. Por outro lado, a percepção de fracasso prejudica a convicção de eficácia, em especial se a auto-eficácia não estiver fortemente desenvolvida (Bandura, 1997).
- As experiências por meio de modelos sociais servem de orientação para o desenvolvimento da percepção de eficácia. Desenvolvem e modificam a percepção de auto-eficácia, principalmente se o indivíduo se considerar em condições semelhantes às do seu modelo. A observação do desempenho de outros dá à pessoa a oportunidade de julgar as suas próprias competências, antecipando a sua própria prestação. Da mesma forma que pode aumentar a percepção de auto-eficácia, também pode ter efeito contrário. Observar alguém a ter sucesso pode convencer que, nas mesmas circunstâncias, também se teria, assim como observar alguém a fracassar pode persuadir que, nas mesmas circunstâncias, se repetiria a prestação observada – neste caso, se não se possuir uma forte percepção de auto-eficácia.
- A persuasão social apresenta-se como uma fonte de convicção de auto-eficácia, através da interpretação de sinais de eficácia por parte de outros acerca da capacidade pessoal para o desenvolvimento de determinada tarefa. As pessoas persuadidas que são capazes de ser

bem sucedidas desenvolvem forte sentido de auto-eficácia e tendem a mobilizar maior esforço para o concretizar. As avaliações negativas tendem a baixar a auto-eficácia do indivíduo. Segundo Honrado (2001), a persuasão, por si só, pode não ser suficiente para induzir e proporcionar momentos duradouros de um alto nível de auto-eficácia no indivíduo, mas pode ser um contributo para um melhor rendimento. O contrário também sucederá.

- Os estados emocionais e fisiológicos podem afectar o julgamento próprio acerca da capacidade pessoal. Sinais de *stress*, tensão, humor depressivo, são percebidos como indicadores de vulnerabilidade emocional. A fadiga e o cansaço são apontados como sinais de debilidade física (Leite et al, 2002).

A percepção da auto-eficácia varia em três dimensões: magnitude, força e generalização (Nogueira & Mesquita, 1992; Leite et al., 2002). À magnitude, ou nível de dificuldade da tarefa, referem-se como os níveis de dificuldade ou de ameaça que o indivíduo acredita ser capaz de superar para o desempenho bem sucedido da tarefa ou comportamento proposto. A força diz respeito ao grau de determinação necessário para o desempenho. Reflete o seguimento da crença no sucesso pois uma forte percepção de auto-eficácia resiste após vários fracassos. A generalização está relacionada com a quantidade de domínios de funcionamento em que o indivíduo acredita ser eficaz; no entanto a generalização será maior quanto maior for a semelhança entre as actividades a serem realizadas, as habilidades necessárias para a sua concretização, e as situações em que as actividades serão realizadas.

Na prática, a auto-eficácia influencia o comportamento humano de acordo com as suas vivências, apresentando-se como um produto activo das acções do sujeito. A pessoa que apresenta uma elevada auto-eficácia num determinado domínio pensa, sente e age de forma diferente da que se sente pouco eficaz (Pires, 1997; Brígido, 2003). Perante um sucesso, o indivíduo desenvolve confiança em si mesmo e nas suas capacidades de resolução dos problemas; por outro lado, o falhanço abala as crenças nas capacidades pessoais e dificultará a recuperação da auto-eficácia. O falhanço continuado será causador de baixas expectativas em relação às capacidades pessoais, e por consequência, de baixos esforços para a sua concretização. Os que duvidam das suas capacidades apresentam baixa auto-eficácia e demonstram comportamentos de fuga em relação ao cumprimento de determinadas tarefas, que interpretam como difíceis, por considerarem que não têm capacidade para as realizar.

Desta forma, quem apresenta uma baixa auto-eficácia desenvolve débeis aspirações e fraco sentido de compromisso em relação aos objectivos a alcançar. Tendo expectativas de insucesso, o indivíduo com baixa auto-eficácia vai actuar de forma à não concretização das tarefas a que se propõe, diminuirá os seus esforços, disponibilizará menos tempo de persistência no esforço e desistirá rapidamente da sua concretização. Esse comportamento será a base do seu envolvimento em relação aos objectivos a que se propõe, esperando não alcançar o objectivo e por isso não se empenhando para o fazer. De falhanço em falhanço, torna-se derrotista e diminui ainda mais os seus esforços para a concretização de tarefas. Com o tempo atribuirá os baixos níveis de eficácia à sua incapacidade, tornar-se-á alvo de *stress* e depressão (Brígido, 2003).

Pais Ribeiro (1995, cit. O'Leary, 1992) faz referência à forma como a auto-eficácia afecta a saúde: através da prática de comportamentos que influenciam a saúde, e através da resposta fisiológica ao *stress*. Indivíduos com maior percepção de auto-eficácia adoptam mais facilmente comportamentos no sentido de promover a sua saúde, por outro lado, indivíduos com baixa percepção de auto-eficácia serão menos empenhados nesse campo de sua vida também. A resposta fisiológica à situação causadora de *stress*, por seu lado, será de grande importância na redução do impacto negativo da situação adversa.

Pires (1997) define auto-eficácia materna como estando relacionado com a sensação, por parte da mãe, das capacidades para cuidar da criança. A sensação de competência e confiança nas suas próprias capacidades por parte da mãe, como pessoa e como mãe, será de importância fundamental no estabelecimento da relação precoce mãe-filho. Desta forma, a auto-eficácia materna relaciona-se directamente com o resultado das interacções entre a mãe e a sua criança, e do modo como a própria mãe interpreta essas mesmas interacções, estando directamente relacionada com a sensação de competência.

1.4- Coping

O conceito de *coping* pode também ser referido por processo de ajustamento pessoal. Tem sido descrito como o conjunto de estratégias pessoais às quais o indivíduo recorre para fazer frente a uma situação avaliada pelo próprio como constrangedora, com o objectivo de

restabelecer o controlo da situação causadora de desconforto ou *stress* – na prática, considerada como adversa.

No século passado, três gerações de pesquisadores dedicaram-se ao estudo do ajustamento pessoal perante as adversidades, tanto ao nível do processo como dos seus factores desencadeadores. Uma primeira geração de pesquisadores defendeu que o estilo de *coping* utilizado pelo indivíduo seria promotor da sua estabilidade pessoal e, numa perspectiva de saúde *versus* doença, o estilo adoptado faria a diferença entre a saúde e a psicopatologia (Antoniuzzi, Dell’Aglia & Bandeira, 1998), variando do mais imaturo ao mais adaptativo (Antoniuzzi et al., 1998 cit. Trapp, 1985). Segundo esta visão teórica, vinculada à psicologia do *ego*, o *coping* foi concebido como relacionado com os mecanismos, internos e inconscientes, de defesa do indivíduo em relação a conflitos sexuais e agressivos (Antoniuzzi et al., 1998 cit. Vaillant, 1994 & Trapp, 1985). Esta primeira perspectiva teórica não contemplava, no entanto, os eventos externos e ambientais que mais tarde seriam apontados como possíveis desencadeadores de processos de *coping*.

A partir da década de 60, uma segunda geração de pesquisadores defendeu uma nova perspectiva em relação ao *coping*. Esta visão, que se estendeu por duas décadas, procurou dar ênfase à relação entre os comportamentos de *coping* e os seus determinantes cognitivos e situacionais. Desta forma, o *coping* passou a ser encarado como um processo transaccional entre a pessoa e o ambiente que o rodeia, dando especial ênfase ao processo em si (Suls, David & Harvey, 1996).

A terceira geração de pesquisadores do *coping* estudou a relação entre a personalidade e o *coping*, fundamentando que os factores situacionais não são a única explicação para toda a variabilidade nas estratégias de *coping*. O estudo dos traços de personalidade veio dar uma nova visão acerca da resposta às adversidades por parte do indivíduo, existindo mesmo autores que defendem a existência de traços que se relacionam com estratégias de *coping*, como o optimismo, a rigidez, a auto-estima, e o *locus* de controle (Antoniuzzi et al., 1998; Carver & Scheier, 1994; Compas, Banez, Malcarne & Worsham, 1991).

O *coping*, tal como referido anteriormente, é definido como o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, usados pelo indivíduo, para conseguir lidar com a situação considerada como ameaçadora dos seus recursos adaptativos (Lazarus & Folkman, 1984). Desta forma, *coping* e *stress* são conceitos que se relacionam. *Coping* é o processo mediador

de resposta a uma situação de *stress*, e funciona como um factor estabilizador que facilita o ajustamento individual ou a adaptação do indivíduo (Pais Ribeiro, 2005). Os esforços para lidar com a situação desequilibradora podem ser de natureza diversa, não implicando necessariamente a resolução do problema e o seu re-equilíbrio. Por outro lado, o encontro de uma nova estabilidade dependerá, não só dos recursos do indivíduo no momento, como também do tipo de situação indutora do *stress* (Santos, Pais Ribeiro & Guimarães, 2003). Como esforços cognitivos consideram-se os que provocam uma avaliação por parte do indivíduo do carácter ameaçador e desequilibrante, ou seja, os que lhe dão a sensação de ameaça. Por outro lado, os esforços comportamentais referem-se aos comportamentos utilizados para pôr fim a essa mesma sensação. Tendo em conta a nova situação, o indivíduo transformará o seu comportamento adoptando comportamentos destinados a neutralizar a ameaça. Segundo esta teoria, as estratégias de *coping* podem ser aprendidas, usadas e descartadas de forma consciente pelo indivíduo, e os mecanismos de defesa inconscientes e não intencionais não podem ser considerados como estratégias de *coping*. A compreensão do *coping* necessita ter como base a compreensão dos seus quatro conceitos (Santos et al., 2003):

- O *coping* é um processo de interacção entre o indivíduo e o ambiente;
- A função do *coping* é de administração da situação causadora de desequilíbrio, e não a de controlo ou domínio da mesma;
- A utilização dos processos de *coping* implica, por parte do indivíduo, a consciência do fenómeno, sua percepção, interpretação e representação cognitiva;
- O processo de *coping* consiste na mobilização de esforços cognitivos e comportamentais para administrar as procuras internas ou externas que surgem da interacção com o ambiente.

A forma como o indivíduo gere e se adapta às adversidades dependerá dos seus recursos pessoais e dos recursos socio-ecológicos (Antoniazzi et al, 1998 cit. Beresford, 1994). Como recursos pessoais poderão ser considerados os constituídos tanto por variáveis físicas como psicológicas, tal como a saúde física, as crenças ideológicas, as experiências prévias de *coping* e a capacidade intelectual. Os recursos socio-ecológicos são descritos como os que se relacionam com o ambiente que rodeia o indivíduo, tal como o contexto social, as características familiares e os recursos económicos. O indivíduo actuará de forma a equilibrar-se novamente de acordo com os factores apontados, tendo em conta as suas próprias

características de personalidade, e adoptará formas de adaptação. O uso repetido de determinadas estratégias de *coping* denomina-se de estilo de *coping* (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). Os estilos de *coping* podem reflectir a tendência, por parte do sujeito, a responder de uma forma particular quando confrontados com situações idênticas. Estes definem-se por estilo passivo ou activo, sendo que o estilo de *coping* activo se caracteriza pelo esforço de aproximação do indivíduo com o agente stressor, e o estilo passivo o de afastamento do foco de instabilidade. A forma como o indivíduo avalia a situação ameaçadora irá determinar as estratégias a que o próprio irá recorrer para resolver a situação. As estratégias utilizadas pelo indivíduo para encarar e resolver a conjuntura constrangedora podem ser tanto cognitivas como comportamentais, usadas individualmente ou em simultâneo. As estratégias cognitivas apresentam-se como as que resultam da avaliação do carácter ameaçador do estímulo ou da reavaliação da relação do estímulo com a ameaça. As estratégias comportamentais consistem nas acções realizadas para neutralizar a ameaça e pela alteração do comportamento tendo em conta a nova realidade. Folkman & Lazarus (1980) referem ainda que estas estratégias usadas pelo indivíduo mudam ao longo da vida, dependendo das experiências pessoais e do seu estágio de vida. Os mesmos autores defendem ainda que as estratégias podem ser alteradas de um momento para o outro, dependendo do estágio da situação causadora de *stress*. As estratégias de *coping* podem ser classificadas de dois tipos, dependendo da sua função: o *coping* focalizado na emoção e o *coping* focalizado no problema. O uso de estratégias de *coping*, focalizando o problema ou a emoção, depende, sobretudo, da avaliação da situação causadora de *stress* por parte do indivíduo que se encontra envolvido na condição de desequilíbrio (Folkman & Lazarus, 1980). O *coping* focalizado na emoção define-se como o que resulta dos esforços para regular o estado emocional associado ao *stress*, ou o resultante de situações stressantes. Estes esforços de adaptação são vivenciados através de atitudes e comportamentos, com o objectivo de diminuir a sensação física desagradável do *stress*. Como exemplos de estratégias de *coping* focalizadas na emoção podem ser apontados o fumar, ver TV, correr e o ler. O *coping* focalizado no problema caracteriza-se pelo esforço para actuar de encontro à origem do *stress*, tentando mudá-la. Desta forma, o sujeito tenta resolver a fonte do desequilíbrio sentido, dirigindo a sua acção, externa ou internamente, ao factor de *stress* (Antoniazzi et al., 1998). Quando o *coping* focalizado no problema é direccionado para uma fonte externa de *stress*, este inclui estratégias, tais como a negociação ou resolução de um conflito interpessoal ou a solicitação de ajuda de outras pessoas. O *coping* focalizado no problema, e orientado internamente,

geralmente conduz à reestruturação cognitiva, ou seja, à redefinição dos factores causadores de *stress*.

Numa perspectiva mais abrangente acerca do *coping*, outros autores apresentaram uma terceira estratégia de *coping*, focalizada nas relações interpessoais (Antoniazzi et al., 1998 cit. O'Brien & DeLongis, 1996). Nesta forma de ajustamento, o indivíduo procura apoio nas pessoas do seu círculo social para a resolução da situação causadora de *stress*.

Anaut (2005) cit. Ionescu e col. (1997) identificaram também duas formas, ou estratégias de *coping*, desta vez relacionadas com a atitude do indivíduo perante a adversidade, referindo-se a *coping* evitante quando o sujeito utiliza formas passivas de resolução (como o evitamento, a fuga, a recusa, a resignação, etc.) para reduzir a tensão emocional, e a *coping* vigilante quando permite enfrentar a situação como forma de a resolver (como a procura de informações, de apoio social e de meios que o ajudem).

Quaisquer que sejam as estratégias de *coping* utilizadas pelo sujeito, a sua eficácia dependerá da capacidade de mudança e flexibilidade do próprio. Na verdade, novas situações de *stress* solicitarão novas formas de resposta adaptativa, uma vez que o *stress* sentido pelo indivíduo será necessariamente diferente.

Alguns estudos dedicaram-se à relação entre as representações individuais da doença e o uso de estratégias individuais de *coping*. A existência de uma relação directa entre o uso destas estratégias perante a situação de doença processa-se a três níveis (Odgen, 1999): perante o diagnóstico de doença, a crise da saúde e a adaptação à doença física. O *coping* relacionado com o diagnóstico está ligado à adaptação do indivíduo ao diagnóstico de doença crónica, e manifesta-se pelas atitudes de choque inicial, reacção de defrontar (caracterizada pela desorganização de pensamentos e sentimentos de perda, luto, desamparo e desespero) e pelo retraimento, que é descrito como a fase de negação do problema e das suas implicações (Odgen, 1999 cit. Shontz, 1975). O *coping* com a crise da doença é descrito pela forma como o sujeito encara o processo de doença física. Desta forma, o indivíduo tem de encontrar uma maneira de voltar ao seu estado de estabilidade, actuando como auto-regulador do impacto da doença física na sua vida. Odgen (1999) cit. Moss & Schaefer (1984) sugeriram que a doença física conduz a certas mudanças que podem ser conceptualizadas como crises, podendo levar a mudanças de identidade (de prestador a receptor de cuidados), mudanças de ambiente (como a necessidade de hospitalização ou de ser acamado), mudanças no papel independente (para

dependente passivo), mudanças no apoio social (podendo levar ao isolamento dos familiares e amigos), e a mudanças no futuro (que podem ir desde o envolvimento na carreira profissional a outras de foro pessoal). Os mesmos autores descreveram ainda três processos que caracterizam o processo de *coping* perante a crise relacionada com a doença física, e que são: a avaliação cognitiva individual perante a doença, as tarefas adaptativas usadas pelo sujeito, e ainda as competências individuais de *coping*. A avaliação cognitiva do indivíduo perante a doença dependerá inicialmente da gravidade e do significado da doença, bem como de factores individuais como experiências anteriores. A informação e o apoio social poderão influenciar esse processo. De acordo com a teoria da adaptação à crise da doença física, a pessoa avalia a doença e utiliza uma diversidade de tarefas adaptativas e competências de *coping* para lidar com ela. Estas capacidades irão determinar os resultados de adaptação e, dependendo delas, o processo de *coping* será mais bem conseguido ou não. Ogden (1999) cit. Moss & Schaefer (1984) afirmaram ainda que o uso destas tarefas e competências depende de factores demográficos (como a idade, o sexo, a classe social e a religião), de factores físicos e socio-ambientais (como a acessibilidade às redes de apoio social e o ambiente físico das instituições de cuidados) e de factores relativos à doença em si (como a dor ou as limitações causadas pela doenças). Após a avaliação cognitiva do processo de doença, o indivíduo irá usar tarefas adaptativas como parte do processo de *coping*, e que podem ser divididas em três tarefas específicas relacionadas com a doença, e quatro tarefas gerais. As tarefas gerais desenvolvidas pelo indivíduo podem ser descritas como a preservação de um equilíbrio emocional razoável, a preservação de uma auto-imagem satisfatória, a manutenção do sentido de competência e mestria, a manutenção das relações com a família e amigos e a preparação para um futuro incerto. As tarefas específicas para a doença são: lidar com a doença, com a dor, com a sintomatologia e com a incapacidade; lidar com o ambiente hospitalar e com os procedimentos especiais de tratamento; desenvolver e manter relação adequada com o pessoal que presta cuidados de saúde. As competências de *coping* utilizadas para lidar com a crise da doença são parte do processo de adaptação perante a crise de doença física. Estas competências poderão ser categorizadas segundo a forma como se focalizam. O *coping* focalizado na avaliação, compreensão e significado da doença é uma dessas formas. As outras duas são o *coping* focalizado no problema, que envolve a confrontação e reconstrução do próprio problema, de forma que este se torne controlável, e o *coping* focalizado nas emoções, que implica que o sujeito controle as emoções e mantenha o equilíbrio emocional.

II- MÉTODO

Partindo de uma problemática de carácter retrospectivo – o nascimento prematuro – debruçámo-nos sobre a população que apresenta maior risco de a vivenciar, nomeadamente as grávidas internadas em risco de parto prematuro. A partir dessa realidade, várias questões se colocaram: Como auto-percepcionam as grávidas em situação de internamento a possibilidade de vir a ter um parto pré-termo? Como reagem à situação de internamento hospitalar? Por outro lado, têm diferente percepção de auto-eficácia comparativamente com as grávidas sem internamento hospitalar? Perante a possibilidade acrescida de risco, prevêem uma possível prematuridade do seu filho de forma mais marcada que as grávidas sem risco iminente?

2.1– Objectivos e Questões

Estabelecendo como questão de partida “Quais as características pessoais das mulheres internadas com ameaça de parto pré-termo?”, interrogámo-nos acerca da possível ligação entre a percepção de auto-eficácia nas mulheres em risco de parto pré-termo e a vivência desse mesmo risco, bem como se estas mulheres apresentam diferentes estilos de *coping* perante o internamento. Questionámo-nos acerca das expectativas das grávidas perante a possibilidade de ter um filho prematuro. Por fim, e porque essa será a última grande questão, interessou-nos saber a incidência de parto pré-termo na população estudada.

Sendo assim, foram estes os objectivos deste estudo:

- Identificar a percepção de auto-eficácia na amostra, face ao risco iminente de parto pré-termo;
- Caracterizar o perfil de *coping* das grávidas em risco de parto pré-termo, submetidas a internamento hospitalar;
- Analisar a natureza das diferenças obtidas em relação às expectativas da prematuridade face ao internamento hospitalar por risco de parto pré-termo;

- Avaliar a influência de variáveis aliadas à gravidez, face à percepção de auto-eficácia, ao perfil de coping e às expectativas em relação à prematuridade;
- Compreender a incidência de parto pré-termo em grupos distintos, comparando as grávidas em risco iminente de parto pré-termo com as grávidas não submetidas a internamento hospitalar;
- Relacionar a ocorrência de parto pré-termo face à percepção de auto-eficácia e ao perfil de *coping* na amostra obtida.

2.2- Desenho da Investigação

Tratando-se de um estudo exploratório, ansiávamos que dele pudessem nascer hipóteses, quem sabe a ser estudadas noutros estudos mais sofisticados. Propôs-se um estudo quantitativo com complemento de natureza qualitativa. Optou-se por um estudo de carácter exploratório por se tratar de uma investigação com o objectivo de recolher informações, para que de futuro se possam formular hipóteses acerca da população de grávidas em risco de parto pré-termo. Foi também uma opção dar a este estudo uma vertente longitudinal recorrendo a um segundo momento de recolha de informação, feito por telefone. Tratando-se de um estudo exploratório, não se estabeleceram hipóteses a ser provadas (Pais Ribeiro, 2007). Optou-se por um estudo de cariz prospectivo, fora do âmbito característico dos estudos na área da prematuridade, mas ansiando contribuir para um maior conhecimento acerca da problemática. Assumiram-se como variáveis os factores socio-demográficos, a história obstétrica, o internamento por ameaça de parto pré-termo, a percepção da auto-eficácia, a capacidade de *coping*, as expectativas em relação à prematuridade e a idade gestacional à data de parto.

2.3- Material

Pretendendo investigar a existência da correlação entre a percepção da auto-eficácia das grávidas em risco de parto pré-termo, os perfis de *coping* usados perante o internamento por ameaça de parto, e a relação entre estes factores e a vivência de um parto prematuro, foi

elaborado um caderno de recolha de dados composto por três áreas distintas: o questionário de caracterização da amostra, a “Escala de Auto-eficácia geral (Pais Ribeiro, 1995)” e o questionário “Brief COPE (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004)”. O caderno de recolha de dados foi elaborado cumprindo a seguinte ordem: no início reportaram-se as questões de caracterização da amostra segundo características sócio-demográficas, de seguida foram realizadas as questões referentes à história obstétrica, utilizando-se as escalas de auto-eficácia e brief-COPE, e por fim colocaram-se as questões referentes às expectativas da prematuridade. Sob a forma de questionário, o caderno de recolha de dados é constituído por 14 questões centrais (algumas com vários itens) de resposta rápida e 2 perguntas semi-abertas. O seu tempo médio de preenchimento não ultrapassa os 20 minutos. O questionário foi elaborado para ser preenchido pelo próprio ou pelo testador, este registando directamente as respostas da participante.

2.3.1- Questionário de Caracterização da Amostra

Para uma adequada caracterização da amostra estudada, pretendeu-se explorar os dados pertinentes relativos à sua caracterização sócio-demográfica, os dados clínicos fornecidos pela participante, centrados na história obstétrica e na gravidez actual, e as questões semi-abertas em relação à prematuridade. Estes dados pretendiam ir de encontro aos factores descritos como relevantes na história da prematuridade, tais como a idade materna, a raça ou a história obstétrica, mas também aos indicativos de caracterização sócio-económica, como as habilitações literárias ou a situação profissional.

Para o estudo das expectativas em relação à prematuridade, optámos por elaborar quatro questões. A primeira questão pretendia, por um lado, centrar a participante no estudo na problemática da prematuridade, e por outro, questionar acerca da sua experiência com prematuros. Para tal, inquiria-se sobre se alguma vez a participante no estudo tinha visto um bebé prematuro e, em caso afirmativo, onde. Em seguida, de uma forma semi-aberta, colocou-se uma questão de associação livre, sugerindo que a respondente caracterizasse o bebé prematuro com apenas 3 palavras, usando, para isso, adjectivos, colocados por ordem de prioridade. A terceira questão, em jeito de pergunta aberta, pedia para que as participantes se reportassem aos seus esforços para evitar o parto prematuro. Por fim, instava-se acerca da sua

convicção sobre o futuro, perguntando directamente se “acha que vai ter um bebé prematuro”. Estas questões surgiram de uma curiosidade pessoal, acerca da vivência da ameaça de parto pré-termo, como prestadoras de cuidados numa unidade de cuidados neonatais.

O caderno de recolha de dados ficou completo com a última questão, elaborada com o intuito de obter a incidência de partos prematuros na amostra estudada. Realizada na altura provável de parto, e por telefone, esta pergunta pretendeu saber a idade gestacional na data de parto.

2.3.2- Escala de Auto-Eficácia Geral (Pais Ribeiro, 1995)

Esta escala foi apresentada e validada em 1995 em resultado da adaptação da “The Self-Efficacy Scale” de Sherer et al (1982).

Composta por 15 itens, apresentada por afirmações com 7 possibilidades de resposta, sob a forma duma escala de Likert, o participante deve assinalar o grau em que concorda com a afirmação. Cada categoria de resposta varia entre um mínimo de A (discordo totalmente) o um máximo de G (concordo totalmente). Esta escala é constituída por 3 sub-escalas, ou factores, que determinam as dimensões de eficácia e que são: Iniciativa e Persistência (IP), Eficácia Perante a Adversidade (EPA) e a Eficácia Social (ES). A dimensão Iniciativa e Persistência é constituída por 6 itens (1, 5, 6, 7, 14, 15), e avalia a apreciação que o sujeito faz em relação à sua vontade para iniciar e completar uma acção. A Eficácia Perante a Adversidade inclui 5 itens de classificação (2, 4, 8, 9, 12) e qualifica a vontade do sujeito para persistir numa actividade perante uma situação adversa. A Eficácia Social é constituída por 4 itens (3, 10, 11, 13) e qualifica as expectativas do sujeito perante situações sociais.

No que respeita à fidelidade da escala, esta foi verificada através da consistência do coeficiente alfa de Cronbach (total de 0.84). As sub-escalas, definidas pela análise factorial, apresentam um alfa de Cronbach adequado, sendo para a IP: alfa de Cronbach = 0.80, para a EPA: alfa de Cronbach = 0.80 e para a ES: alfa de Cronbach = 0.60. A consistência de alfa de Cronbach total é superior a 0.80, considerado como apresentando uma boa consistência interna.

Existindo para cada afirmação 7 possibilidades de resposta, a escala é classificada com 7 pontos. O número total de pontos dará um perfil do sujeito, tanto a nível global de auto-eficácia geral, como nas diferentes sub-escalas. A cotação das respostas varia consoante a forma de classificação; se é uma afirmação de construção negativa, se é uma de construção positiva. Os itens de construção positiva (1, 2, 6, 11, 13) são cotados por ordem de 1 a 7, os de construção negativa (3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15) são cotados por ordem inversa, de 7 a 1. Uma maior cotação nas respostas indica uma melhor percepção de eficácia individual. Por outro lado, quanto mais baixa a nota da escala, menor a percepção de auto-eficácia.

2.3.3- Brief COPE (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004)

O questionário Brief COPE foi desenvolvido por Carver et al (1993) a partir de um estudo original de COPE, apresentando-se como uma versão mais reduzida e alterada várias vezes, desde a forma original de 52 itens até à actual de 14 escalas, cada uma com duas perguntas, o que forma uma escala total de 28 itens. A versão portuguesa do Brief COPE foi adaptada e validada por Pais Ribeiro & Rodrigues (2004).

Esta inclui 14 escalas do COPE que são: o *coping* activo, o planear, o utilizar suporte instrumental, o utilizar suporte social emocional, a religião, a reinterpretação positiva, a auto-culpabilização, a aceitação, a expressão de sentimentos, a negação, a auto-distração, o desinvestimento comportamental, o uso de substâncias e o humor. Constituída por 28 perguntas de resposta numa escala de tipo Likert de 4 opções (de 0 a 3), a Brief COPE pode ser apresentada de formas distintas, quer sob o formato retrospectivo, situacional, traço ou outro, desde que para isso se coloquem as perguntas no tempo verbal adequado. O questionário é apresentado de forma a pedir às pessoas para responderem sob o modo como lidam com as adversidades (identificando a adversidade mais recente como o internamento hospitalar, o diagnóstico de uma doença ou outra). O resultado é apresentado sob a forma de perfil, não havendo uma classificação, nem total nem parcial.

Tendo em conta que cada escala apresenta apenas 2 itens, o estudo de consistência interna com recurso ao alfa de Cronbach mostra valores adequados, sendo que o valor para a escala

Aceitação: alfa de Cronbach = 0.55 apresenta-se como o menor, e o valor para a escala Expressão de sentimentos: alfa de Cronbach = 0.84 como o maior.

2.4- Procedimento

É do interesse do investigador obter todas as suas informações de forma autorizada e respeitando os princípios éticos e os direitos dos participantes. Atendendo assim às exigências legais no sentido da protecção dos dados sobre a saúde, incluindo o dever de sigilo pela parte do titular do estudo, quer como profissional de saúde quer como investigador (Lei n.º 12/2005 de 26 de Janeiro - Informação genética pessoal e informação de saúde), e respeitando os princípios de anonimato e confidencialidade, foi elaborada carta de informação à proponente para participante no estudo e o consentimento informado. Estes dois documentos foram elaborados tendo em conta aspectos como a apresentação do investigador e do estudo, o facto de se tratar de um estudo privado e não financiado, os requisitos de participação no estudo, os aspectos de confidencialidade e voluntariedade.

Por se tratar de dois grupos de estudo, foram adoptados dois modos de recolha de dados, diferenciando a população alvo como a hospitalar, e a população de controlo como a não hospitalar. Tratando-se de uma investigação com amostra clínica, procedeu-se a todas as condutas respeitantes à permissão por parte do Conselho de Administração da instituição que acolheu este projecto. Após aprovação pela Comissão de Ética, e respectiva autorização por parte do Conselho de Administração, a recolha de dados decorreu no serviço de internamento de grávidas da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. De acordo com os princípios de recolha de dados por método “bola de neve”, a população de controlo obteve-se gradualmente e de forma encadeada. Foram usados os mesmos procedimentos éticos, como a apresentação da carta de informação à proponente e a utilização do protocolo de consentimento informado.

De lamentar, salientamos a morosidade do processo de aprovação e autorização por parte da instituição Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Sabendo ser necessária exigência e selecção dos projectos de investigação, na defesa tanto do utente como da instituição, lastimamos o processo lento e burocrático por que se processou a fase de autorização para realização da colheita de dados.

2.5- Participantes

Pretendia-se obter informação acerca da população em estudo, a de grávidas internadas em risco de parto pré-termo. Desta forma, optou-se por constituir dois grupos de estudo, sendo o primeiro o grupo alvo (GA), constituído por grávidas internadas em risco de parto pré-termo, e o segundo, por comparação com uma população de controlo (GC), a de grávidas sem risco eminente de parto pré-termo. Recorreu-se à aplicação do questionário, constituído pelo caderno de recolha de dados, à população utente de uma unidade de saúde, a Maternidade Dr. Alfredo da Costa, no grupo alvo, e à população grávida geral no grupo de controlo. Este segundo grupo foi obtido por método de bola de neve. O método de amostragem foi o não probabilístico ou intencional, o que permite afirmar que a probabilidade relativa de qualquer mulher grávida ser incluída na amostra é desconhecida (Smith, 1975 cit. Pais Ribeiro, 2007). Para efeito de validação estatística, em termos de dimensão, pretendia-se estabelecer uma amostra total o maior possível, não inferior a trinta participantes por cada grupo. Foram estabelecidos, como critérios de inclusão de ambos os grupos, dois preceitos: o ser uma gravidez vigiada, e esta ser de idade gestacional superior a 24 semanas e inferior a 36 semanas de gestação. Como critérios de exclusão foram definidos apenas os que se relacionam com a incapacidade de estabelecimento de comunicação, ou seja, uma linguagem incoerente da participante durante a abordagem para preenchimento do questionário, ou a incapacidade de comunicação em português. Pretendia-se excluir todos os questionários realizados a mulheres que mencionassem viver uma gravidez de risco por malformações fetais.

A recolha de dados foi realizada a partir de Maio de 2008 durante 12 meses através do método de questionário (de auto-preenchimento ou preenchido pelo investigador).

O tratamento das informações colhidas foi feito com recurso ao programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0, adequado para utilização nas ciências sociais e humanas (Maroco, 2007). Recorreu-se à estatística descritiva e inferencial nas variáveis quantitativas e à criação de categorias de significação nas de cariz qualitativo.

Inicialmente iremos proceder à caracterização geral da amostra, tendo por base dados obtidos através do questionário, que contemplou diversas variáveis como a idade, a raça, a nacionalidade, o local de residência, o estado civil, as habilitações literárias, a profissão, a situação profissional, a co-habitação e a história, tanto obstétrica como da gravidez.

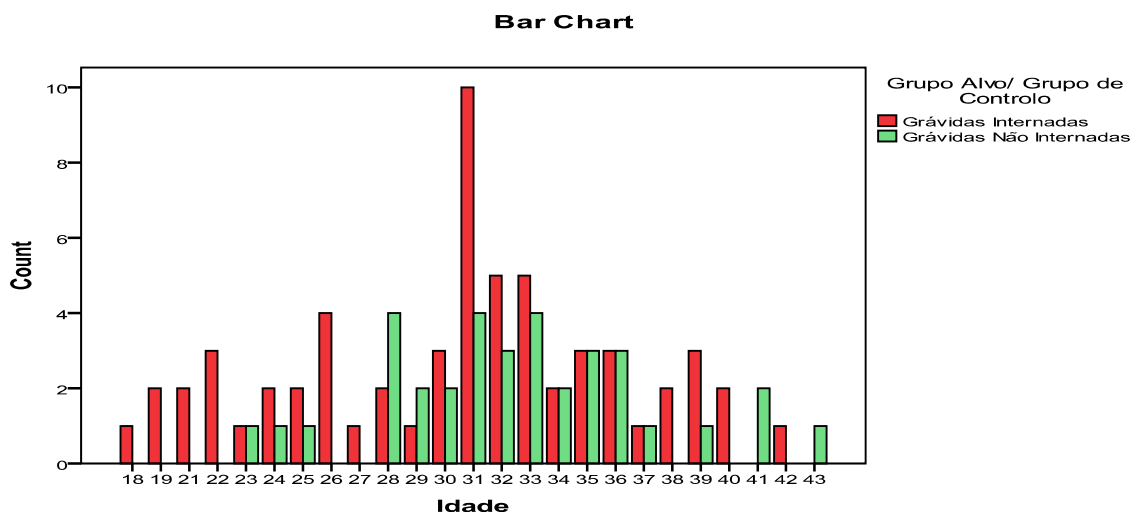
A amostra total colhida é constituída por 96 participantes (N=96): 61 grávidas internadas em risco de parto pré-termo, o grupo alvo deste estudo (GA), e 35 grávidas não internadas, que constituíram o grupo de controlo (GC). Em termos percentuais, a amostra distribuiu-se de forma diferente, sendo 63,5% (n=61) pertencente ao GA e 36,5% (n=35) ao GC.

Tabela 1 - Frequências e percentagens relativas da amostra participante

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Grávidas Internadas | 61 | 63,5 | 63,5 | 63,5 |
| Grávidas Não Internadas | 35 | 36,5 | 36,5 | 100,0 |
| Total | 96 | 100,0 | 100,0 | |

A idade das participantes apresentou-se compreendida entre os 18 e os 42 anos no grupo GA, sendo a média (M) 30,48 e o desvio padrão (DP) 5,821. Em relação ao GC, a idade variou entre 23 e 43 anos, sendo M=32,46 e o DP=4,617. É de salientar que a média se apresenta mais elevada no GC. A comparação dos histogramas de frequência da variável *idade* permite verificar uma distribuição ligeiramente assimétrica no GC, apesar de poder ser considerada como muito próximo da normal (enviesamento=0,203).

Gráfico 1 – Histograma de frequências da variável *idade* – apresentação comparativa



No que respeita à variável *raça*, 88,5% (n=54) das participantes pertencentes ao GA são caucasianas e 11,5% (n=7) são negras. No GC, 97,1% (n=34) são caucasianas e apenas uma participante (2,95%) é de raça negra. Não se encontra na amostra nenhuma participante de outras raças. De salientar a tão diferente distribuição da amostra segundo uma classificação por raças, o que pode dever-se ao facto da amostra no GC ter sido recolhida por método de bola de neve e à sua própria dimensão.

Tabela 2 – Cruzamento de variáveis – GA/ GC * Raça

| | | | Raça | | Total |
|-------------------------------|-------------------------|-----------|------------|-------|--------|
| | | | Caucasiana | Negra | |
| Grupo Alvo/ Grupo de Controlo | Grávidas Internadas | Freq. | 54 | 7 | 61 |
| | | % CA / GC | 88,5% | 11,5% | 100,0% |
| | Grávidas Não Internadas | Freq. | 34 | 1 | 35 |
| | | % CA / GC | 97,1% | 2,9% | 100,0% |
| Total | | Freq. | 88 | 8 | 96 |
| | | % CA / GC | 91,7% | 8,3% | 100,0% |

Com o objectivo de ordenar a variável *nacionalidade*, optou-se pela denominação segundo categorias como Portugal/ Países Africanos de Expressão Portuguesa/ Brasil/ Outros Países Europeus/ Países Não Europeus. Pode afirmar-se que a grande maioria das participantes é de nacionalidade portuguesa (79,2%, n=76), tanto no GA (80,3%, n=49) como no GC (77,1%, n=27). De salientar também que a distribuição da amostra é muito semelhante nos dois grupos.

Tabela 3– Cruzamento de variáveis – GA/ GC * Nacionalidade

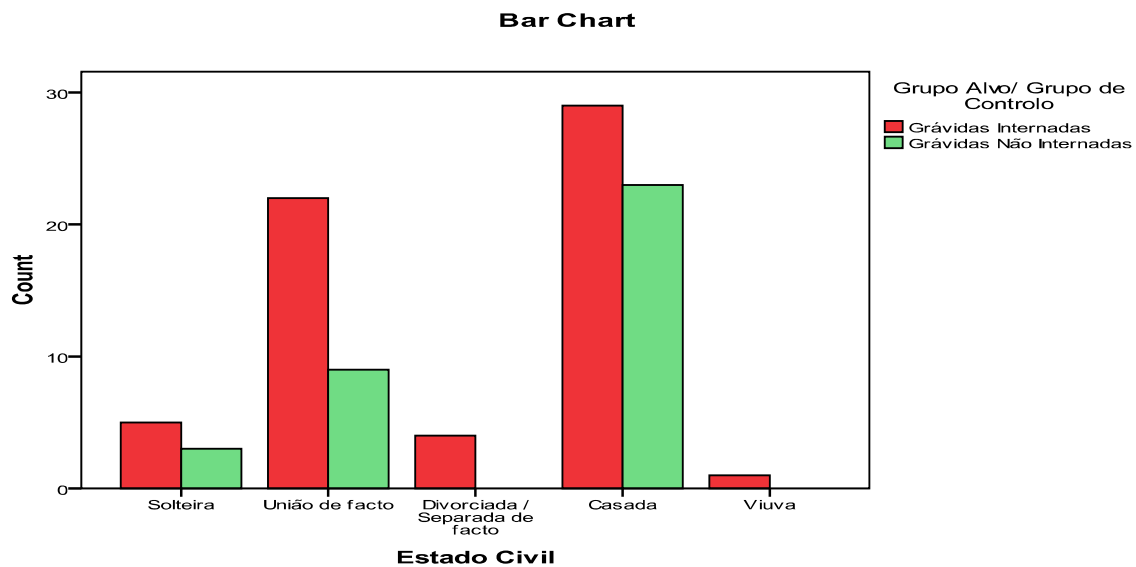
| | | | Grupo Alvo / Grupo de Controlo | | Total |
|---------------|------------------------|-----------|--------------------------------|-------------------------|--------|
| | | | Grávidas Internadas | Grávidas Não Internadas | |
| Nacionalidade | Portugal | Freq. | 49 | 27 | 76 |
| | | % GA / GC | 80,3% | 77,1% | 79,2% |
| | Países Africanos de EP | Freq. | 6 | 4 | 10 |
| | | % GA / GC | 9,8% | 11,4% | 10,4% |
| | Brasil | Freq. | 3 | 1 | 4 |
| | | % GA / GC | 4,9% | 2,9% | 4,2% |
| | Outros países europeus | Freq. | 3 | 2 | 5 |
| | | % GA / GC | 4,9% | 5,7% | 5,2% |
| | Países não Europeus | Freq. | 0 | 1 | 1 |
| | | % GA / GC | ,0% | 2,9% | 1,0% |
| Total | | Freq. | 61 | 35 | 96 |
| | | % GA / GC | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

No que toca à região de residência, as respostas foram classificadas segundo distritos. No GA obteve-se uma distribuição da variável *residência* centrada no distrito de Lisboa (76,7%, n = 46) que engloba a área de atendimento de referência da instituição de internamento, âmbito no qual foi recolhida a amostra. No GC, também o distrito de Lisboa centra a área de residência das participantes (80,0%; n = 28), sendo de salientar que apenas dois outros distritos terão sido apontados: Setúbal (17,1%, n = 6) e Santarém (2,9%, n = 1). A centralização referente ao GC poderá ser devida ao método de colheita optado, que tendencialmente centrará os participantes num mesmo contexto de residência. De realçar que uma das participantes era residente fora de Portugal, pelo que N=95 na variável *Residência*.

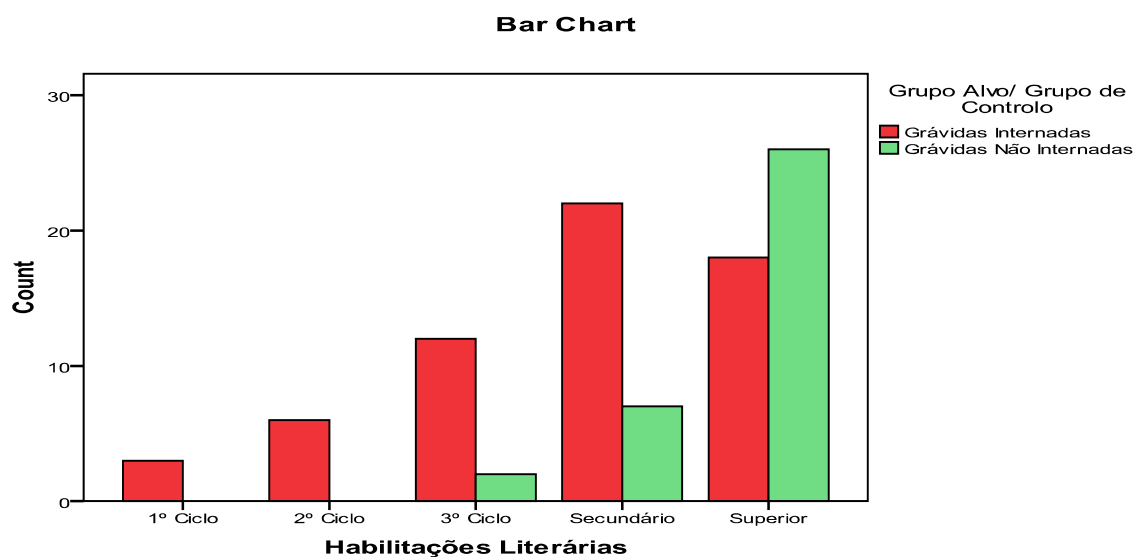
Tabela 4– Cruzamento de variáveis GA/ GC * Residente no Distrito

| | | | Grupo Alvo / Grupo de Controlo | | Total |
|-----------------------|------------|----------|--------------------------------|-------------------------|-------|
| | | | Grávidas Internadas | Grávidas Não Internadas | |
| Residente no Distrito | Beja | Freq. | 1 | 0 | 1 |
| | | % GA/ GC | 1,7% | ,0% | 1,1% |
| | Évora | Freq. | 2 | 0 | 2 |
| | | % GA/ GC | 3,3% | ,0% | 2,1% |
| | Leiria | Freq. | 2 | 0 | 2 |
| | | % GA/ GC | 3,3% | ,0% | 2,1% |
| | Lisboa | Freq. | 46 | 28 | 74 |
| | | % GA/ GC | 76,7% | 80,0% | 77,9% |
| | Portalegre | Freq. | 1 | 0 | 1 |
| | | % GA/ GC | 1,7% | ,0% | 1,1% |
| | Santarém | Freq. | 2 | 1 | 3 |
| | | % GA/ GC | 3,3% | 2,9% | 3,2% |
| | Setúbal | Freq. | 5 | 6 | 11 |
| | | % GA/ GC | 8,3% | 17,1% | 11,6% |
| | Açores | Freq. | 1 | 0 | 1 |
| | | % GA/ GC | 1,7% | ,0% | 1,1% |
| Total | Freq. | 60 | 35 | 95 | |
| | % GA/ GC | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

Relativamente à variável *estado civil*, o GA apresenta o de Casada como primeira opção a primeira opção (47,5% e n = 29), seguida por União de facto (36,1%, n = 22), Solteira (8,2%, n = 5) e Viúva (1,6%, n = 1). No GC a distribuição apresenta-se segundo a mesma ordem: Casada (65,7%, n = 23), União de facto (25,7%, n = 9) e Solteira (8,6%, n = 8). Os estados civis de Divorciada / Separada de facto e de Viúva não apresentaram qualquer representação.

Gráfico 2- Histograma de frequências da variável *estado civil*

A variável *habilitações literárias* encontra-se distribuída no GA pela seguinte ordem; Ensino Secundário (36,1%, n = 22), Ensino Superior (29,5%, n = 18), 3º Ciclo de Ensino (19,7%, n = 12), 2ª Ciclo de Ensino (9,8%, n = 6) e 1º Ciclo de Ensino (4,9%, n = 3). A amostra constituída pelo GC dá ênfase ao Ensino Superior (74,3%, n = 26), seguidos pelo Ensino Secundário (20%, n = 7) e pelo 3º Ciclo de Ensino (5,7%, n = 2).

Gráfico 3 – Histograma de frequências da variável *habilitações literárias*

No que diz respeito à variável *profissão*, optou-se pela categorização das respostas segundo a Classificação Nacional de Profissões (CNP) do Instituto de Emprego e Formação Profissional. A CNP contempla 1.700 profissões, organizadas e classificadas numa estrutura hierárquica piramidal formada por nove Grandes Grupos subdivididos sucessivamente por Sub Grandes Grupos, Sub Grupos e Grupos Base. Optou-se pela categorização segundo Grandes Grupos que podem ser definidos por;

- 1º Grande Grupo- Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas;
- 2º Grande Grupo- Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas;
- 3º Grande Grupo- Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio;
- 4º Grande Grupo- Pessoal Administrativo e Similares;
- 5º Grande Grupo- Pessoal dos Serviços e Vendedores;
- 6º Grande Grupo- Agricultores e Trabalhadores Qualificados de Agricultura e Pescas;
- 7º Grande Grupo- Operários, Artífices e Trabalhadores Similares;
- 8º Grande Grupo- Operadores de Instalação e Máquinas e Trabalhadores da Montagem;
- 9º Grande Grupo- Trabalhadores não qualificados.

Observa-se que a distribuição desta variável se apresenta dando ênfase ao 2º Grande Grupo de Profissões com 30,2% (n=29, N=96) e ao 5º Grande Grupo com 27,1% (n=26, N=96), bem como também ao 8º Grande Grupo de profissões, que não tem qualquer impacto (n=0). Neste estudo importa ainda realçar que 10,4% (n=10, N=96) das participantes se encontra desempregada. A amostra, quando analisada por grupos de estudo, apresenta distribuição diferente, nomeadamente na concentração no 2º Grande Grupo de 51,4% (n=18, N=35) das participantes no estudo pertencentes ao grupo das grávidas não internadas.

No presente estudo, a percentagem de grávidas que se encontram empregadas por conta de outrem sobressai, representando 74% (n= 71; N= 96) da amostra total, 67,2% (n= 41, N= 61) das participantes do GA e 85,7% (n= 30; N= 35) do GC. A restante população ordenou-se de forma distinta dependendo dos grupos.

Tabela 5 - Cruzamento de variáveis GA/ GC * Profissão

| | | | Grupo Alvo / Grupo de Controlo | | Total |
|-----------|--------------|-----------|--------------------------------|-------------------------|--------|
| | | | Grávidas Internadas | Grávidas Não Internadas | |
| Profissão | Desempregada | Freq. | 10 | 0 | 10 |
| | | % GA / GC | 16,4% | ,0% | 10,4% |
| Grupo 1 | | Freq. | 5 | 0 | 5 |
| | | % GA / GC | 8,2% | ,0% | 5,2% |
| Grupo 2 | | Freq. | 11 | 18 | 29 |
| | | % GA / GC | 18,0% | 51,4% | 30,2% |
| Grupo 3 | | Freq. | 0 | 7 | 7 |
| | | % GA / GC | ,0% | 20,0% | 7,3% |
| Grupo 4 | | Freq. | 9 | 4 | 13 |
| | | % GA / GC | 14,8% | 11,4% | 13,5% |
| Grupo 5 | | Freq. | 22 | 4 | 26 |
| | | % GA / GC | 36,1% | 11,4% | 27,1% |
| Grupo 7 | | Freq. | 2 | 0 | 2 |
| | | % GA / GC | 3,3% | ,0% | 2,1% |
| Grupo 9 | | Freq. | 2 | 2 | 4 |
| | | % GA / GC | 3,3% | 5,7% | 4,2% |
| Total | | Freq. | 61 | 35 | 96 |
| | | % GA / GC | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Tabela 6 - Situação Profissional * Grupo Alvo/ Grupo de Controlo

| | | | Grupo Alvo/ Grupo de Controlo | | Total |
|-----------------------|--------------------------|-----------|-------------------------------|-------------------------|--------|
| | | | Grávidas Internadas | Grávidas Não Internadas | |
| Situação Profissional | Emp. por conta própria | Freq. | 3 | 4 | 7 |
| | | % GA / GC | 4,9% | 11,4% | 7,3% |
| | Emp. por conta de outrem | Freq. | 41 | 30 | 71 |
| | | % GA / GC | 67,2% | 85,7% | 74,0% |
| | Desempregada | Freq. | 15 | 1 | 16 |
| | | % GA / GC | 24,6% | 2,9% | 16,7% |
| | Doméstica | Freq. | 2 | 0 | 2 |
| | | % GA / GC | 3,3% | ,0% | 2,1% |
| Total | | Freq. | 61 | 35 | 96 |
| | | % GA / GC | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Ainda no sentido de descrever a amostra que participou no estudo segundo características sócio-demográficas, a variável *co-habitação* distribuiu-se dando maior frequência à condição de co-habitação “com o companheiro” (45,8%; n=44), seguida de “com o companheiro e os filhos” (43,8%, n=42), de “com o companheiro e os pais” (6,3%; n=6), de “sozinha” (3,1%; n=3) e por fim por “com o companheiro com os pais e os filhos” (1,0%; n=1). No GA, 45,9% (n=28) das participantes encontra-se em condições de co-habitação “com o companheiro”, 41% (n=25), sendo que as restantes se distribuem por outras opções. O GC tem distribuição percentual dando preferência à co-habitação com a família como “com o companheiro e os filhos” (48,6%; n=17) ou “com o companheiro” (45,7%; n=16); apenas uma participante (2,6%) refere viver sozinha.

Tabela 7 – Cruzamento de variáveis GA/ GC * Família com quem vive

| | | | Grupo Alvo/ Grupo de Controlo | | Total |
|-----------------------|--|--------------------|-------------------------------|-------------------------|-------------|
| | | | Grávidas Internadas | Grávidas Não Internadas | |
| Família com quem vive | com o companheiro | Freq. % GA / GC | 28 45,9% | 16 45,7% | 44 45,8% |
| | com o companheiro e filhos | Freq. % GA / GC | 25 41,0% | 17 48,6% | 42 43,8% |
| | sem o companheiro, com os pais e o filho | Freq. % GA / GC | 1 1,6% | 0 ,0% | 1 1,0% |
| | sozinha | Freq. % GA / GC | 2 3,3% | 1 2,9% | 3 3,1% |
| | com o companheiro e pais | Freq. % GA / GC | 5 8,2% | 1 2,9% | 6 6,3% |
| Total | Freq. % GA / GC | 61 100,0% | 35 100,0% | 96 100,0% | |

Reportando-nos à história obstétrica, e de acordo com os resultados obtidos, podemos afirmar que no GA a maioria das participantes tem história de gravidezes anteriores, num valor relativo entre 1 e 2 (M=1,03; DP=1,169), enquanto que no GC será entre 0 e 1 gravidezes (M=0,94; DP=1,259), podendo avaliar assim que a maioria das grávidas sem risco iminente de parto pré-termo não tem história de gravidezes anteriores. Em relação à história de partos, encontramos resultados muito semelhantes nos dois grupos estudados (GA M=0,57; DP=0,741 / GC M=0,60; DP=0,736). A história de aborto também apresenta distribuições médias descritas muito semelhantes entre os grupos estudados, sugerindo características

semelhantes na sua distribuição. A história de nados mortos não teve qualquer incidência na amostra estudada. Observa-se ainda a incidência de partos prematuros (n=1) que, inserida no grupo de mulheres em risco iminente de parto pré-termo, representa uma incidência de 2,22% de partos prematuros em mulheres com história de parto e 3,57% nas que se encontram internadas em risco iminente de parto. Não se poderá porém generalizar, devido à dimensão da amostra.

Tabela 8 – Estatística descritiva da variável *história obstétrica*

| Grupo Alvo/ Grupo de Controlo | | Nº de Gestações anteriores | Nº de Partos | Nº de Abortos | Nº de Nados Mortos | Nº de Partos Prematuros |
|-------------------------------|----------------|----------------------------|--------------|---------------|--------------------|-------------------------|
| Grávidas Internadas | N | 61 | 61 | 61 | 28 | 28 |
| | Mean | 1,03 | ,57 | ,43 | ,00 | ,04 |
| | Maximum | 5 | 3 | 4 | 0 | 1 |
| | Minimum | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Std. Deviation | 1,169 | ,741 | ,884 | ,000 | ,189 |
| Grávidas Não Internadas | N | 35 | 35 | 35 | 17 | 17 |
| | Mean | ,94 | ,60 | ,31 | ,00 | ,00 |
| | Maximum | 5 | 3 | 4 | 0 | 0 |
| | Minimum | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Std. Deviation | 1,259 | ,736 | ,867 | ,000 | ,000 |
| Total | N | 96 | 96 | 96 | 45 | 45 |
| | Mean | 1,00 | ,58 | ,39 | ,00 | ,02 |
| | Maximum | 5 | 3 | 4 | 0 | 1 |
| | Minimum | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Std. Deviation | 1,196 | ,735 | ,875 | ,000 | ,149 |

Relativamente ao desejo da gravidez, em termos percentuais 91,7% (n=88) das participantes no estudo referiram-no afirmativamente, enquanto que 8,3% (n=8) revelaram que não a tinham desejado. Quando analisadas as distribuições desta variável pelos grupos que constituíram a amostra, verificamos que 91,8% (n=56, N=61) das grávidas do GA afirmaram ter desejado a gravidez, valores que se assemelham aos referidos pelas participantes do GC (91,4%, n=32, N=35).

Por outro lado, quando nos referimos ao planeamento da gravidez, 72,9% (n=70) das participantes afirmaram tê-la planeado, enquanto que 27,1% (n=26) negaram. Em termos percentuais, 68,9% (n=42, N=61) das grávidas internadas referem ter planeado a sua gravidez e 31,7% (n=19, N=61) asseguram não o ter feito. No grupo de grávidas não internadas, a

distribuição demonstra que 80% (n=28, N=35) afirma ter planeado a gravidez, comparativamente com 20% (n=7, N=35), que afirma não o ter feito.

Gráfico 4 – Histograma de frequências da variável *desejo da gravidez*

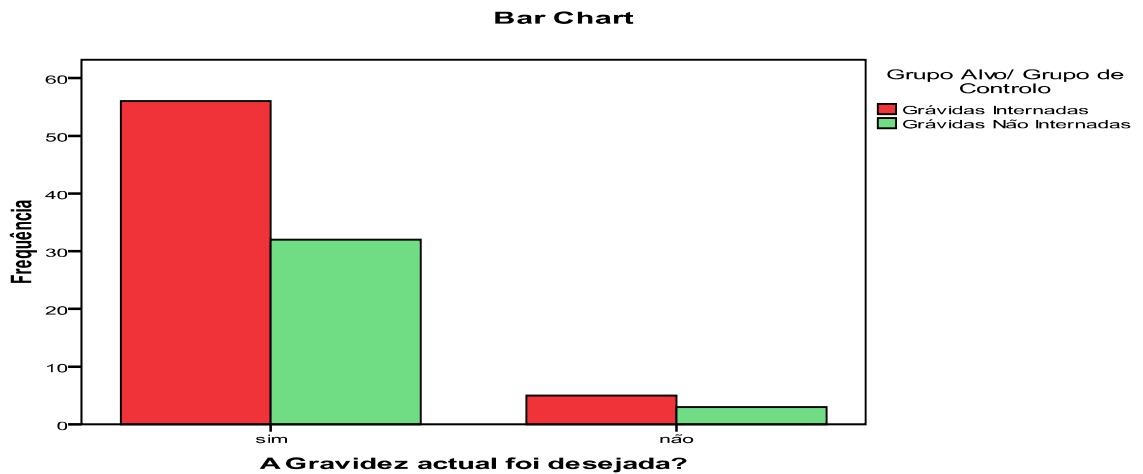
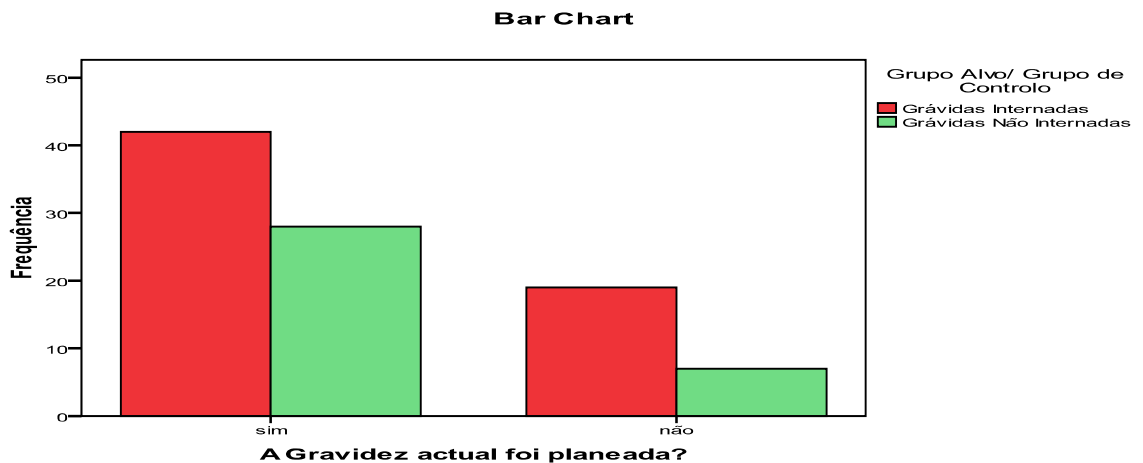


Gráfico 5 - Histograma de frequências da variável *planeamento da gravidez*



Ainda em relação à história da gravidez, 85,4% (n=82, N=96) das participantes referiram não ter realizado tratamento para engravidar e 14,6% (n=14, N=96) ter recorrido a métodos de tratamento. Em conformidade com as distribuições semelhantes entre grupos, o Teste do Qui-Quadrado de independência confirmou a distribuição igualitária desta variável entre grupos do estudo ($X^2=1,000$).

Tabela 9 – Cruzamento de variáveis GA/ GC * Tratamento

| | | | Grupo Alvo/ Grupo de Controlo | | Total |
|---------------------------------|-----|----------|-------------------------------|-------------------------|--------|
| | | | Grávidas Internadas | Grávidas Não Internadas | |
| Fez tratamento para engravidar? | sim | Freq. | 9 | 5 | 14 |
| | | % GA/ GC | 14,8% | 14,3% | 14,6% |
| | não | Freq. | 52 | 30 | 82 |
| | | % GA/ GC | 85,2% | 85,7% | 85,4% |
| Total | | Freq. | 61 | 35 | 96 |
| | | % GA/ GC | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Das participantes que referiram ter recorrido a tratamento para engravidar, 50% (n=7, N=14) recorreram a tratamento hormonal, 42,9% (n=6) realizaram Fertilização In-Vitro e apenas uma participante (7,1%) afirma ter recorrido a Microinjecção Intra-Citoplasmática de Espermatozóide (ICSI). Esta distribuição apresenta diferentes arranjos consoante os grupos estudados. Quando questionamos acerca do tempo de tratamento necessário para conseguir a gravidez, verificamos que 64,3% (n=9, N=14) fizeram tratamento durante menos de um ano, enquanto que, para 35,7% (n=5, N=14), o tempo de tratamento durou mais de um ano.

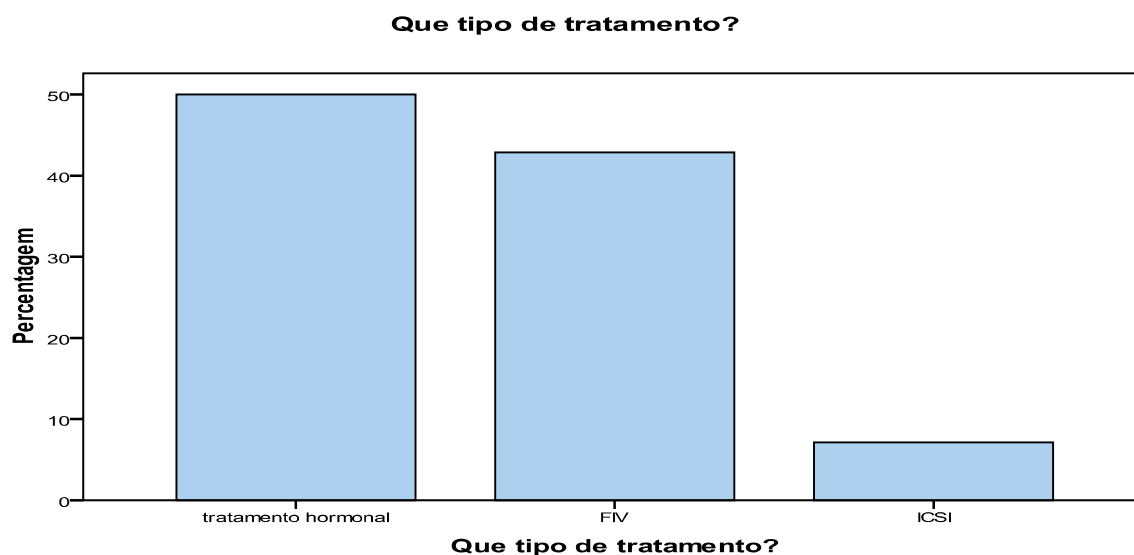
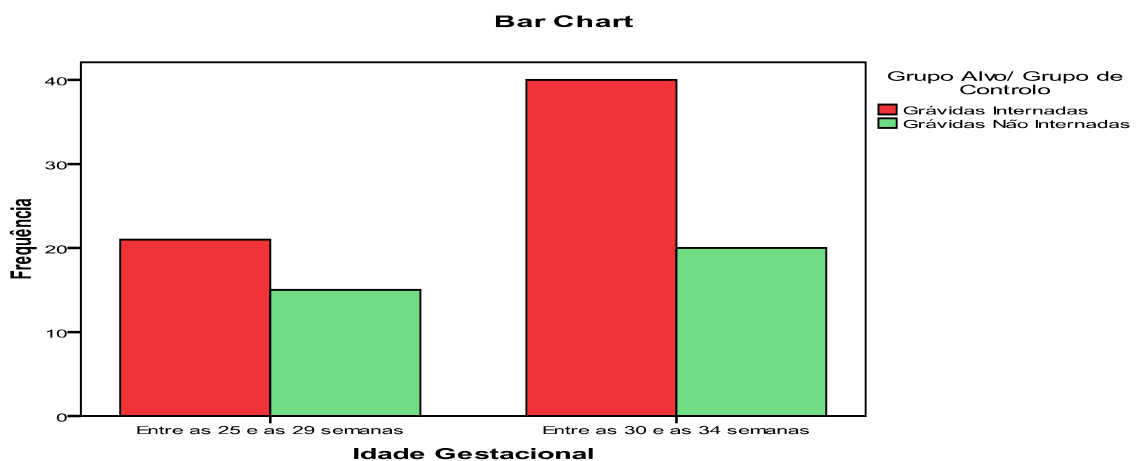
Gráfico 6 – Histograma de frequências da variável *tratamento*

Tabela 10 – Cruzamento de variáveis GA/ GC * tempo de tratamento

| | | | Quanto tempo fez tratamento? | | | Total |
|-------------------------------|-------------------------|----------|------------------------------|--------------------------|----------------------|--------|
| | | | menos de 1 ano | mais de 1 ano menos de 2 | mais de 2 menos de 3 | |
| Grupo Alvo/ Grupo de Controlo | Grávidas Internadas | Freq. | 5 | 1 | 2 | 8 |
| | | % GA/ GC | 62,5% | 12,5% | 25,0% | 100,0% |
| | Grávidas Não Internadas | Freq. | 4 | 0 | 2 | 6 |
| | | % GA/ GC | 66,7% | ,0% | 33,3% | 100,0% |
| Total | | Freq. | 9 | 1 | 4 | 14 |
| | | % GA/ GC | 64,3% | 7,1% | 28,6% | 100,0% |

No sentido de descrever a amostra segundo a história obstétrica no momento da participação no estudo, foi necessário enquadrar a amostra no tempo de gravidez. As participantes distribuíram-se por dois intervalos gestacionais, onde o primeiro representa as grávidas com menos de 30 semanas de gestação, e o segundo o tempo de gravidez superior a 30 semanas. Das participantes, 62,5% (n=60) encontra-se com mais de 30 semanas de gestação e 37,5% (n=36) com menos. Observou-se um maior número de grávidas no segundo intervalo gestacional comparativamente com o primeiro nos diferentes grupos de estudo; no entanto, recorrendo à análise estatística inferencial, podemos afirmar que essa incidência é independente dos grupos em estudo ($X^2=0,674$).

Gráfico 7 – Histograma de frequências da variável *idade gestacional*

Em relação ao tipo de gravidez, 90,6% (n=87) enquadram-se nas gravidezes singulares, 7,3% (n=7) nas gemelares e 2,1% (n=2) nas trigemelares. Esta distribuição não se verifica no grupo de grávidas não internadas, pois não existe qualquer incidência de gravidezes gemelares ou trigemelares no grupo em causa.

Tabela 11 – Cruzamento de variáveis GA/ GC * Singular / Gemelar

| | | | Grupo Alvo/ Grupo de Controlo | | Total |
|-------------------------------|------------|----------|-------------------------------|-------------------------|-------|
| | | | Grávidas Internadas | Grávidas Não Internadas | |
| Gravidez Singular ou Gemelar? | Singular | Freq. | 52 | 35 | 87 |
| | | % GA/ GC | 85,2% | 100,0% | 90,6% |
| | Gemelar | Freq. | 7 | 0 | 7 |
| | | % GA/ GC | 11,5% | ,0% | 7,3% |
| | Trigemelar | Freq. | 2 | 0 | 2 |
| | | % GA/ GC | 3,3% | ,0% | 2,1% |
| Total | Freq. | 61 | 35 | 96 | |
| | % GA/ GC | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

Apesar de, naturalmente, todas as grávidas internadas estarem em situação de risco, no grupo de grávidas não internadas a incidência de risco diagnosticado é de 22,9% (n=8, N=35). Já no que respeita ao motivo do risco, as respostas obtidas foram categorizadas de acordo com Bobak & Jensen (1999), que apresentam quatro factores de risco para o parto pré-termo.

- Os Factores Fetais incluem o sofrimento fetal, as malformações congénitas e a gravidez múltipla.
- Dos Factores Maternos fazem parte a idade materna (inferior a 18 ou superior a 35 anos), a doença materna grave, a incompetência cervical, a pré-eclampsia, a infecção cervico-vaginal, a hipertensão arterial, a diabetes, a doença cardíaca ou renal e a infecção por CMV.
- Nos Factores Placentários estão incluídos a insuficiência placentária, a placenta prévia, a ruptura prematura de membranas, o descolamento de placenta e a amnionite.
- Por último, os Factores Psico-sociais, como a adolescência dos pais, o consumo de álcool, drogas e tabaco, ou a falta de apoios sociais, também são considerados grupo de risco de parto pré-termo.

Dos factores apresentados como causadores de risco de parto pré-termo, os psico-sociais não tiveram qualquer incidência nas respostas, relembra-se no entanto que o questionário é de auto-preenchimento. Os restantes foram distribuídos, apresentando incidência de 60,9% (n=42, N=69) de factores maternos, 20,3% (n=14, N=69) de factores fetais e, por fim, 18,0% (n=13, N=69) de factores placentários.

Tabela 12 – Cruzamento de variáveis GA/ GC * Motivo do Risco

| | | Grupo Alvo/ Grupo de Controlo | | | | Total | |
|-------------------------|-----------------------|-------------------------------|----------|-------------------------|----------|-------|----------|
| | | Grávidas Internadas | | Grávidas Não Internadas | | | |
| | | Freq. | % GA/ GC | Freq. | % GA/ GC | Freq. | % GA/ GC |
| Qual o motivo do Risco? | Factores Fetais | 13 | 21,3% | 1 | 12,5% | 14 | 20,3% |
| | Factores Maternos | 38 | 62,3% | 4 | 50,0% | 42 | 60,9% |
| | Factores Placentários | 10 | 16,4% | 3 | 37,5% | 13 | 18,8% |
| Total | | 61 | 100,0% | 8 | 100,0% | 69 | 100,0% |

Interessou-nos estudar se a distribuição dos factores de risco se processa de forma idêntica no grupo de grávidas em risco independentemente do internamento. Para tal, optou-se por realizar o Teste de Qui-Quadrado com simulação de Monte Carlo (não existindo condições de realização do Teste de distribuição de Qui-Quadrado). Sendo $X^2(2) = 2,119$ ($p = 1.000$, $N = 69$), não rejeitamos a hipótese de que a distribuição dos factores de risco é independente da situação de internamento.

Tabela 13 – Teste do Qui-Quadrado – GA / GC * Motivo de risco

| | | | | Monte Carlo Sig. (2-sided) | | | Monte Carlo Sig. (1-sided) | | |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------------|-------------|-------------|----------------------------|-------------|-------------|
| | | | | 99% Confidence Interval | | | 99% Confidence Interval | | |
| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Sig. | Lower Bound | Upper Bound | Sig. | Lower Bound | Upper Bound |
| Pearson Chi-Square | 2,119 ^a | 2 | ,347 | ,441 ^d | ,428 | ,454 | | | |
| Likelihood Ratio | 1,841 | 2 | ,398 | ,498 ^b | ,485 | ,511 | | | |
| Fisher's Exact Test | 2,025 | | | ,441 ^d | ,428 | ,454 | | | |
| Linear-by-Linear Association | 1,595 ^c | 1 | ,207 | ,248 ^d | ,236 | ,259 | ,170 ^d | ,160 | ,180 |
| N of Valid Cases | 69 | | | | | | | | |

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,51.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

c. The standardized statistic is 1,263.

A caracterização da amostra fica completa com a análise da variável tempo de internamento no grupo de participantes internadas. O tempo de internamento apresenta-se compreendido entre 1 e 60 dias, sendo $M = 11,92$ e $DP = 12,532$.

III - RESULTADOS

Seguidamente serão descritos os dados obtidos com a Escala de Auto-Eficácia Geral (Pais Ribeiro, 1995), o questionário Brief COPE (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004) e as expectativas da prematuridade.

Os pressupostos da normalidade, necessários para testar as relações entre variáveis, foram verificados através do Teste de Kolmogorov-Smirnov e a normalidade da homogeneidade através do Teste de Levene. O recurso ao uso de testes paramétricos foi uma opção quando os pressupostos de normalidade se verificaram; quando tal não sucedeu recorreu-se ao uso de testes não paramétricos, nomeadamente o Teste Wilcoxon-Mann-Whitney para duas amostras independentes. A relação entre variáveis qualitativas foi estudada com recurso ao Teste de Qui-Quadrado e ao Teste de Fisher. Para medir algumas associações entre variáveis foi ainda utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. Os *outputs* do SPSS para os respectivos testes encontram-se em anexo.

3.1 - Escala de Auto-Eficácia Geral (Pais Ribeiro, 1995)

Os resultados da análise da escala de percepção de auto-eficácia geral demonstram uma elevada percepção de auto-eficácia por parte das participantes no estudo. Na amostra estudada observa-se uma distribuição compreendida entre um mínimo de 39 e um máximo de 102 (que se situa no máximo de cotação previsto na escala, enquanto o mínimo é de 15) com $M=84,41$ e $DP=11,679$. Relativamente à dimensão Iniciativa e Persistência (IP), observa-se que apresenta distribuição com $M=33,30$ e $DP=6,542$, numa cotação que se situa entre 6 e 42. A dimensão Eficácia Perante a Adversidade (EPA), numa cotação que se encontra entre 5 e 35, apresenta valores de distribuição total de $M=30,00$ e $DP=4,777$. Em relação à dimensão Eficácia Social (ES), que está cotada entre um mínimo de 4 e um máximo de 28, verificam-se valores $M=21,20$ e $DP=21,20$ na amostra total. Quando analisados os resultados da distribuição segundo amostras independentes, como o grupo de grávidas internadas em risco de parto pré-termo e o grupo de grávidas não internadas, observam-se distribuições semelhantes da amostra total, quer ao nível da auto-eficácia geral, quer das três dimensões de escala.

Tabela 14 – Estatística descritiva da variável *Auto-eficácia*

| Grupo Alvo/ Grupo de Controlo | | Iniciativa e Persistência | Eficácia Perante a Adversidade | Eficácia Social | Auto-Eficácia Geral |
|-------------------------------|----------------|---------------------------|--------------------------------|-----------------|---------------------|
| Grávidas Internadas | N | 61 | 61 | 61 | 61 |
| | Mean | 33,31 | 29,89 | 21,02 | 84,07 |
| | Std. Deviation | 5,838 | 5,004 | 4,027 | 10,810 |
| Grávidas Não Internadas | N | 35 | 35 | 35 | 35 |
| | Mean | 33,29 | 30,20 | 21,51 | 85,00 |
| | Std. Deviation | 7,710 | 4,418 | 3,526 | 13,202 |
| Total | N | 96 | 96 | 96 | 96 |
| | Mean | 33,30 | 30,00 | 21,20 | 84,41 |
| | Std. Deviation | 6,542 | 4,777 | 3,841 | 11,679 |

Para investigar a correlação entre as três dimensões e o total da escala, utilizou-se a Correlação de Pearson. A dimensão que revela correlação mais elevada é a IP, com um Coeficiente de Correlação elevado (CCP=0,868; p=0,000). Por outro lado pode observar-se que a dimensão com menor correlação com a Auto-eficácia Geral é a dimensão ES, apesar de revelar contudo uma forte correlação (CCP=0,573; p=0,000).

Tabela 15 – Correlação Auto-eficácia * Dimensões da auto-eficácia

| | | Iniciativa e Persistência | Eficácia Perante a Adversidade | Eficácia Social | Auto-Eficácia Geral |
|--------------------------------|---------------------|---------------------------|--------------------------------|-----------------|---------------------|
| Iniciativa e Persistência | Pearson Correlation | 1 | ,528** | ,224* | ,868** |
| | Sig. (2-tailed) | | ,000 | ,028 | ,000 |
| | N | 96 | 96 | 96 | 96 |
| Eficácia Perante a Adversidade | Pearson Correlation | ,528** | 1 | ,316** | ,787** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | | ,002 | ,000 |
| | N | 96 | 96 | 96 | 96 |
| Eficácia Social | Pearson Correlation | ,224* | ,316** | 1 | ,573** |
| | Sig. (2-tailed) | ,028 | ,002 | | ,000 |
| | N | 96 | 96 | 96 | 96 |
| Auto-Eficácia Geral | Pearson Correlation | ,868** | ,787** | ,573** | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 | |
| | N | 96 | 96 | 96 | 96 |

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

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

No sentido de avaliar a significância das semelhanças observadas entre os grupos de estudo na categoria *auto-eficácia*, como nas suas diversas dimensões, recorreu-se à

verificação dos pressupostos de normalidade para decisão do tipo de testes a usar. Após verificação de que a variável em estudo, e suas dimensões, não apresentam distribuições normais, apesar de mostrarem variâncias populacionais homogêneas, optamos pela utilização do Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para duas amostras independentes. Obtivemos assim resultados que não revelaram diferenças significativas na percepção da Auto-eficácia geral ($U=940,000$; $W=2831,000$; $p=0,334$), como nas escalas que a compõem (IP- $U=994,000$; $W=2885,000$; $p=0,578$ / EPA- $U=1037,500$; $W=2928,500$; $p=0,821$; ES- $U=1025,000$; $U=1025,000$; $W=2916,000$; $p=0,748$), entre as grávidas internadas com risco de parto pré-termo e as grávidas não internadas.

Relativamente à relação entre a percepção de auto-eficácia nas participantes no estudo e o desejo de engravidar, o Teste Kolmogorov-Smirnov revelou uma distribuição normal na dimensão ES ($p=0,092$ / $0,084$), não se verificando essa característica, nem na percepção de Auto-eficácia geral ($p=0,003$ / $0,200$), nem nas dimensões IP ($p=0,000$ / $0,048$) e EPA ($p=0,000$ / $0,200$). Por outro lado, o Teste de Levene revelou homogeneidade nas dimensões IP ($p=0,798$), EPA ($p=0,935$), e na Geral ($p=0,766$), tal não se verificando na dimensão ES ($p=0,024$). Desta forma, por não se verificarem os pressupostos da normalidade, usou-se o teste não paramétrico para duas amostras independentes. Através do Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney verificamos, com uma probabilidade de erro de 5%, não haver diferenças significativas ($p > 0,05$) entre as mulheres que desejaram a gravidez e as que não a desejaram no que diz respeito à percepção de auto-eficácia. Da mesma forma, interessando-nos estudar a relação entre o planeamento da gravidez e a percepção de auto-eficácia, foram verificados os pressupostos da normalidade que, à semelhança do desejo da gravidez / auto-eficácia, revelaram distribuição normal na dimensão ES e variâncias homogêneas na dimensão IP e na Geral. O Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para amostras independentes revelou também não ser possível afirmar que existem diferenças significativas entre as mulheres que planearam a gravidez e as que não a planearam em relação à percepção de auto-eficácia.

No sentido de averiguar se existem diferenças significativas entre as grávidas com ou sem história de tratamento para engravidar em relação à percepção da auto-eficácia, e verificando os pressupostos da normalidade na dimensão ES, usou-se o Teste de T-Student e nas dimensões IP, EPA, e na Auto-eficácia Geral o Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para amostras independentes. Desta forma, obtivemos resultados que não rejeitam a hipótese que a percepção de auto-eficácia é semelhante quando comparamos as grávidas que fizeram

tratamento para engravidar e as que não o fizeram. Essa afirmação confirma-se pelos valores obtidos nas escalas IP (U= 423,000; W= 537,000; p= 0,141), EPA (U= 408,500; W= 513,500; p= 0,084), ES (t= -0,433; p= 0,666) e Geral (U= 424,500; W= 529,500; p= 0,122).

Referindo-nos à relação entre idade gestacional e percepção de auto-eficácia, foi usado o Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para amostras independentes, visto não se verificarem os pressupostos da normalidade. Concluiu-se ainda que esta variável também não terá diferenças significativas consoante a idade gestacional das grávidas participantes no estudo.

Ainda no sentido de pesquisar a existência de diferenças relativamente à percepção de auto-eficácia nas grávidas que vivenciam gravidez singular/ gemelar Uma vez que o grupo de participantes com gravidez trigemelar se apresentou muito reduzido (n=2) optou-se pelo uso do Teste Wilcoxon-Mann-Whitney para amostras independentes. Os resultados demonstraram não haver diferenças significativas, quer na percepção da auto-eficácia geral (p=0,743), quer nas respectivas dimensões (IP- p= 0,369; EPA- p= 0,612; ES- p= 0,917) entre as participantes que vivenciam uma gravidez singular e as que vivenciam gravidez gemelar.

Por fim, no estudo desta variável, interessou-nos compreender a relação entre a percepção de auto-eficácia e o diagnóstico de gravidez de risco. Verificando não haver distribuição normal da escala e suas dimensões, pesquisou-se essa relação através do Teste Wilcoxon-Mann-Whitney. Também em relação a esse item, não se verificaram diferenças significativas na percepção de auto-eficácia (geral p= 0,440; IP- p= 0,747; EPA- p=0,774; ES- p=0,653).

3.2 - Brief COPE (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004)

O questionário Brief COPE, como já foi referido anteriormente, apresenta na sua constituição, 14 escalas. No intuito de laborar os dados obtidos, foi atribuído um *score*, de 0 a 3, para cada resposta onde “nunca fiz isso” corresponde à pontuação nula e o “fiz sempre isso” à atribuição máxima. Desta forma, e porque a cada dimensão correspondem duas perguntas, obtemos um máximo de *score* por dimensão de 6 e um mínimo de 0.

O perfil demonstrado pela Brief COPE na amostra estudada evidencia as dimensões “utilizar suporte emocional” (M= 4,48; Mo= 6), “planear” (M= 4,44; Mo= 4), “coping activo” (M= 4,21; Mo= 6) e “aceitação” (M= 4,05; Mo= 4) como as mais utilizadas pelas grávidas

participantes no estudo. Da mesma, realçam-se as dimensões “uso de substâncias (medicamentos/ álcool)” (M= 0,14; Mo=0) e “desinvestimento comportamental” (M= 0,32; Mo= 0) como as menos usadas.

No estudo da variável *coping*, o pressuposto da normalidade foi pesquisado através do Teste de Kolmogorov-Smirnov e do Teste de Levene. Em todas as relações estudadas, tal não se verificou, nomeadamente a distribuição (com Teste Kolmogorov-Smirnov <0,05 em todas as dimensões da escala), o que obrigou ao uso do teste não-paramétrico adequado para cada situação. Para todas se usou o Teste Wilcoxon-Mann-Whitney para amostras independentes.

No sentido de proceder ao estudo do comportamento da variável *coping* em relação à vivência do internamento hospitalar por risco de parto pré-termo, o Wilcoxon-Mann-Whitney demonstrou haver diferenças significativas nas dimensões “utilizar suporte instrumental” (U= 813,500; W= 2704,500; p= 0,050); “religião” (U= 798,000; W= 1428,000; p= 0,036); “reinterpretação positiva” (U= 744,500; W= 1374,500; p= 0,012) e “aceitação” (U= 687,000; W= 1317,000; p= 0,002), com as dimensão “utilizar suporte instrumental” a revelar valores médios superiores no grupo de grávidas não internadas (GA= 44,34; GC= 55,76), e as restantes dimensões a terem maior expressão no grupo de grávidas internadas.

Tabela 16 – Estatística descritiva da variável *coping*

| | N | | Mean | Mode | Std. Deviation | Minimum | Maximum |
|--|-------|---------|------|----------------|----------------|---------|---------|
| | Valid | Missing | | | | | |
| Coping Activo | 96 | 0 | 4,21 | 6 | 1,660 | 0 | 6 |
| Planear | 96 | 0 | 4,44 | 4 ^a | 1,352 | 0 | 6 |
| Utilizar suporte instrumental | 96 | 0 | 3,08 | 2 | 1,890 | 0 | 6 |
| Utilizar suporte social emocional | 96 | 0 | 4,48 | 6 | 1,729 | 0 | 6 |
| Religião | 96 | 0 | 2,67 | 0 | 2,297 | 0 | 6 |
| Reinterpretação positiva | 96 | 0 | 3,81 | 4 | 1,737 | 0 | 6 |
| Auto-culpabilização | 96 | 0 | 1,92 | 0 | 1,839 | 0 | 6 |
| Aceitação | 96 | 0 | 4,05 | 4 | 1,454 | 0 | 6 |
| Expressão de sentimentos | 96 | 0 | 3,35 | 4 | 1,957 | 0 | 6 |
| Negação | 96 | 0 | 1,97 | 0 | 1,944 | 0 | 6 |
| Auto distração | 96 | 0 | 2,52 | 4 | 1,914 | 0 | 6 |
| Desinvestimento comportamental | 96 | 0 | ,32 | 0 | ,877 | 0 | 4 |
| Uso de substâncias (medicamentos/alcool) | 96 | 0 | ,14 | 0 | ,643 | 0 | 4 |
| Humor | 96 | 0 | 2,09 | 0 | 1,766 | 0 | 6 |

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Quando nos interrogamos acerca da relação entre as variáveis *desejo da gravidez e coping* o Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney demonstrou que em nenhuma das dimensões do *coping* demonstrou haver diferenças significativas no que diz respeito ao desejo de engravidar. Desta forma, não podemos assim afirmar que os comportamentos de *coping* referidos dependam deste desejo. De modo semelhante se conclui que também o planeamento da gravidez não influi nos comportamentos de *coping* referidos pelas participantes.

Interessados nos estudos da relação entre a história de tratamento para engravidar e o perfil de *coping* referido pelas participantes, a opção pelo uso do Teste Wilcoxon-Mann-Whitney revelou que em nenhuma das dimensões do *coping* se pode afirmar haver diferenças significativas entre o grupo de grávidas com história de tratamento e sem.

Averiguando se a condição de gravidez de risco se relaciona com o perfil de *coping* apresentado, o Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney rejeita a hipótese que os valores médios obtidos nalgumas escalas não são significativamente diferentes entre as grávidas que vivenciam uma gravidez de risco e as que não estão a passar por essa vivência. São as escalas “religião” (U= 612,000; W= 990,000; p= 0,007), “reinterpretação positiva” (U= 589,000; W= 967,000; p= 0,004) e “aceitação” (U= 611,500; W= 989,500; p= 0,007), aquelas onde o grupo de grávidas com risco revela valores médios superiores ao grupo de grávidas sem risco.

No que diz respeito à relação entre idade gestacional e o perfil de *coping* referido, verificou-se que as categorias “auto-distração” (U= 824,500; W=1490,500, p=0,048) e “desinvestimento” (U=918,500; W=1584,500; p=0,047) apresentam diferenças significativas, exibindo o grupo de grávidas com idade gestacional superior ou igual a 30 semanas de gestação valores médios superiores que o grupo de grávidas com idade gestacional inferior a 30 semanas.

Relativamente à existência de diferenças relativamente ao perfil de *coping* nas grávidas que vivenciam gravidez singular, gemelar ou trigemelar, interessou-nos comparar os grupos de participantes com gravidez singular / gemelar, visto o terceiro grupo apresentar dimensão muito reduzida (n=2). Verificou-se não haver diferenças significativas entre o grupo de participantes com gravidez singular e com gravidez gemelar no perfil de *coping* apresentado.

3.3- Expectativas da Prematuridade

Por fim, e de acordo com a organização do caderno de recolha de dados, apresentam-se os dados relativos às expectativas da prematuridade. No que diz respeito à pergunta “já alguma vez viu um bebé prematuro?”, 50,0% (n=48) das participantes respondeu negativamente. As restantes 48 (50,0%) afirmaram já ter tido essa experiência. Na distribuição da amostra por grupos estudados observa-se que 45,9% (n=28) das participantes pertencentes ao GA já tinha tido essa experiência, enquanto que no GC essa prática foi referida em 41,7% (n=20). Sendo que esta incidência se apresenta diferente entre grupos do estudo, interrogamo-nos se existe relação de dependência entre “ter visto bebé prematuro” e a situação de internamento em risco de parto pré-termo. Nesta comparação foi usado o Teste Fisher e o resultado (0,397) demonstra que a experiência de ter visto bebé prematuro não depende da situação de internamento.

Tabela 17 – Cruzamento de variáveis GA/ GC * já viu prematuro?

| | | | Grupo Alvo/ Grupo de Controlo | | Total |
|--------------------------------------|---------|---------|-------------------------------|-------------------------|-------|
| | | | Grávidas Internadas | Grávidas Não Internadas | |
| Já alguma vez viu um bebé prematuro? | Sim | Freq. | 28 | 20 | 48 |
| | | % GA/GC | 45,9% | 41,7% | 50,0% |
| | Não | Freq. | 33 | 15 | 48 |
| | | % GA/GC | 54,1% | 42,9% | 50,0% |
| Total | Freq. | 61 | 35 | 96 | |
| | % GA/GC | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

Relativamente à questão que remete para a visualização de bebés prematuros, foram identificadas distintas categorias de significação relacionadas com o local. Desse modo, identificaram-se três categorias: “ao vivo”, “na televisão” e “por fotografia”, que apresentaram uma distribuição percentual dando especial ênfase à categoria “ao vivo” (70,2%, n=33). Neste contexto importa ainda referenciar que, na categoria “ao vivo”, 17,02% (n=8) participantes responderam no sentido de terem convivido pessoalmente com o bebé (“a minha filha” GA043; “sobrinho” GA031, GC014; “familiares” GA054; “casa de tios” GC032; “casa de amiga” GC015, GA051, GA055). Nas restantes respostas será desajustado afirmar a existência deste facto, pois referiam-se a locais de internamento como “MAC” ou “hospital”.

Tabela 18 – Cruzamento Se sim, onde? * Grupo Alvo/ Grupo de Controlo

| | | | Grupo Alvo/ Grupo de Controlo | | Total |
|---------------|-----------|----------|-------------------------------|-------------------------|--------|
| | | | Grávidas Internadas | Grávidas Não Internadas | |
| Se sim, onde? | ao vivo | Freq. | 15 | 18 | 33 |
| | | % GA/ GC | 55,6% | 90,0% | 70,2% |
| | Televisão | Freq. | 7 | 2 | 9 |
| | | % GA/ GC | 25,9% | 10,0% | 19,1% |
| | Fotos | Freq. | 5 | 0 | 5 |
| | | % GA/ GC | 18,5% | ,0% | 10,6% |
| Total | | Freq. | 27 | 20 | 47 |
| | | % GA/ GC | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Com o objectivo que as participantes se reportassem às suas representações mentais acerca do bebé prematuro, solicitámos que o descrevessem em três adjectivos. De seguida, procedeu-se à criação de categorias de significação que englobassem todas as respostas. Sendo assim, foram identificadas cinco categorias que correspondem à aparência física, ao estado de saúde, à capacidade de resistência, ao sentido de normalidade e ao sentido de moralidade.

Na categoria “aparência física” foram incluídos todos os adjectivos mencionados relacionados com a avaliação do aspecto exterior de uma pessoa. No que concerne ao adjectivo “fofo” o seu enquadramento colocou-se como um desafio. Sendo uma palavra com um sentido literal objectivo sinónimo de “mole”, na oralidade comum, nomeadamente quando aplicado ao aspecto de uma pessoa, apresenta conotação de “amoroso” ou “querido” (ambos relacionados com a aparência de uma coisa ou indivíduo). Foi este o sentido interpretado.

Na categoria “estado de saúde” foram enquadrados os adjectivos relacionados com a condição do bem-estar e desenvolvimento salutar. De salientar que os fornecidos pelas respondentes foram única e exclusivamente no sentido negativo desta categoria, ou seja, respeitantes à "falta de bem-estar" ou "falta de saúde".

A “capacidade de resistência” inclui todos os adjectivos mencionados que se relacionaram com a capacidade do prematuro reagir e se opor às adversidades, fossem elas no sentido positivo (como "fortes" ou "resistentes"), ou no sentido negativo (como "fracos" ou "vulneráveis"). No total, foi o grupo onde foi enquadrado o maior número de adjectivos.

Por seu turno, na categoria “sentido de normalidade” foram inseridos somente dois adjectivos, curiosamente opostos um ao outro, relacionados com a avaliação que as respondentes fizeram do que, num recém-nascido prematuro, se afasta ou se enquadra no padrão do que para si é regular.

Por fim, o “sentido de moralidade” é constituído por um único adjectivo. Tendo consistido no adjectivo mencionado mais difícil de classificar, que foi “inocente”, optou-se por inseri-lo nesta categoria na medida em que a sua definição vai de encontro a significados como "pureza", "sem mácula", "sem culpa":

Tabela 19 – Categorias de significação - Adjectivos

| Categorias de Significação | Adjectivos |
|-----------------------------------|---|
| Aparência Física | <ul style="list-style-type: none"> • pequenos • magros • leves • bonitos • amorosos • fofos |
| Estado de Saúde | <ul style="list-style-type: none"> • doentes • sofredores • imaturos |
| Capacidade de Resistência | <ul style="list-style-type: none"> • frágeis • fracos • indefesos • desprotegidos • vulneráveis • resistentes • fortes • lutadores • delicados • dependentes • carentes • sensíveis |
| Sentido de Normalidade | <ul style="list-style-type: none"> • normais • especiais |
| Sentido de Moralidade | <ul style="list-style-type: none"> • inocentes |

Quando solicitamos às participantes que classificassem um bebé prematuro através de três adjectivos por ordem de prioridade, nem todas as participantes responderam à questão com “adjectivos”, pelo que houve respostas excluídas. As categorias de significância com maior impacto nas respostas das participantes são a “capacidade de resistência” e a “aparência física”.

Dando especial relevância à ordem de prioridade utilizada pelas respondentes, verifica-se que, como 1º Adjectivo, surge a “capacidade de resistência” com distribuição percentual de 47,6% (n=40, N=84) e a “aparência física” com 45,2% (n=38, N=84) das respostas.

Tabela 20 – Cruzamento 1º Adjectivo * Grupo Alvo/ Grupo de Controlo

| | | | Grupo Alvo/ Grupo de Controlo | | Total |
|--------------|---------------------------|---------|-------------------------------|-------------------------|--------|
| | | | Grávidas Internadas | Grávidas Não Internadas | |
| 1º Adjectivo | Aparência Física | Freq. | 26 | 12 | 38 |
| | | % GA/GC | 48,1% | 40,0% | 45,2% |
| | Estado de Saúde | Freq. | 4 | 0 | 4 |
| | | % GA/GC | 7,4% | ,0% | 4,8% |
| | Capacidade de Resistência | Freq. | 22 | 18 | 40 |
| | | % GA/GC | 40,7% | 60,0% | 47,6% |
| | Sentido de Normalidade | Freq. | 2 | 0 | 2 |
| | | % GA/GC | 3,7% | ,0% | 2,4% |
| Total | | Freq. | 54 | 30 | 84 |
| | | % GA/GC | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Tanto o 2º Adjectivo como o 3º têm distribuições onde a categoria “capacidade de resistência” representa a maioria das respostas obtidas (2º Adjectivo – 62%, n=49, N=79 / 3º Adjectivo – 52,9%, n=37, N=70), sendo a categoria “aparência física” a segunda mais frequente.

Tabela 21 – Cruzamento 2º Adjectivo * Grupo Alvo/ Grupo de Controlo

| | | | Grupo Alvo/ Grupo de Controlo | | Total |
|--------------|---------------------------|----------|-------------------------------|-------------------------|--------|
| | | | Grávidas Internadas | Grávidas Não Internadas | |
| 2º Adjectivo | Aparência Física | Freq. | 15 | 8 | 23 |
| | | % GA/ GC | 30,0% | 27,6% | 29,1% |
| | Estado de Saúde | Freq. | 4 | 1 | 5 |
| | | % GA/ GC | 8,0% | 3,4% | 6,3% |
| | Capacidade de Resistência | Freq. | 30 | 19 | 49 |
| | | % GA/ GC | 60,0% | 65,5% | 62,0% |
| | Sentido de Normalidade | Freq. | 1 | 0 | 1 |
| | | % GA/ GC | 2,0% | ,0% | 1,3% |
| | Sentido de Moralidade | Freq. | 0 | 1 | 1 |
| | | % GA/ GC | ,0% | 3,4% | 1,3% |
| Total | | Freq. | 50 | 29 | 79 |
| | | % GA/ GC | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Quando analisamos as respostas segundo grupos de estudo, verificamos que a categoria “estado de saúde” apresenta sempre maior abordagem no grupo de grávidas internadas em risco de parto pré-termo (1º Adjectivo – GA= 7,4%, n=4, N=54; GC=0 / 2º Adjectivo – GA= 8,0%, n=4, N=50; GC=3,4%, n=1, N=29 / 3º Adjectivo – GA=15,9%, n=7, N=44; GC=11,5%, n=3, N=29).

Tabela 22 – Cruzamento 3º Adjectivo * Grupo Alvo/ Grupo de Controlo

| | | | Grupo Alvo/ Grupo de Controlo | | Total |
|--------------|---------------------------|----------|-------------------------------|-------------------------|-------|
| | | | Grávidas Internadas | Grávidas Não Internadas | |
| 3º Adjectivo | Aparência Física | Freq. | 12 | 9 | 21 |
| | | % GA/ GC | 27,3% | 34,6% | 30,0% |
| | Estado de Saúde | Freq. | 7 | 3 | 10 |
| | | % GA/ GC | 15,9% | 11,5% | 14,3% |
| | Capacidade de Resistência | Freq. | 23 | 14 | 37 |
| | | % GA/ GC | 52,3% | 53,8% | 52,9% |
| | Sentido de Normalidade | Freq. | 2 | 0 | 2 |
| | | % GA/ GC | 4,5% | ,0% | 2,9% |
| Total | Freq. | 44 | 26 | 70 | |
| | % GA/ GC | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

Em relação aos esforços proferidos para evitar ter um parto pré-termo, questionados às participantes sob a forma de pergunta aberta, as respostas obtidas foram classificadas por grupos, segundo o esforço mais valorizado e obtendo categorias de significação. Desta forma obtiveram-se cinco categorias: “nada”, “indicações clínicas”, “vida saudável”, “pensamentos positivos” e “internamento hospitalar”. A categoria “nada” refere-se a quem menciona não fazer qualquer esforço para evitar ter um bebé prematuro. A categoria “indicações clínicas” corresponde à referência do cumprimento das indicações sugeridas pelos profissionais de saúde. “Vida saudável” refere-se aos esforços de investimento na saúde e na gravidez como a alimentação e o repouso. Os esforços mentais como a crença que a gravidez vai correr bem estão abrangidos na categoria “pensamentos positivos”. Na categoria “internamento hospitalar” estão englobadas todas as referências ao internamento.

Através dos resultados obtidos verificamos que a categoria “indicações clínicas” foi a que teve maior expressão (35,4% n=34), o que pode ser indicativo da influência dos profissionais

no aconselhamento durante a gravidez. Seguem-se, ordenados por ordem de significação, as categorias “vida saudável”, “internamento hospitalar” (esta aparecendo apenas nas participantes do GA), “nada” e “pensamento positivo”. No GA as categorias “indicações clínicas” (44,3% n=27) e “internamento hospitalar” (27,9% n=17) apresentam uma incidência de quase um terço das respostas obtidas, o que pode ser relacionado com a vivência do próprio risco de parto pré-termo.

Tabela 23 – Cruzamento O que tem feito para evitar ter um filho prematuro? * GA/ GC

| | | | Grupo Alvo/ Grupo de Controlo | | Total |
|---|-------------------------|----------|-------------------------------|-------------------------|-------|
| | | | Grávidas Internadas | Grávidas Não Internadas | |
| O que tem feito para evitar ter um filho prematuro? | Nada | Freq. | 5 | 10 | 15 |
| | | % GA/ GC | 8,2% | 28,6% | 15,6% |
| | Indicações Clínicas | Freq. | 27 | 7 | 34 |
| | | % GA/ GC | 44,3% | 20,0% | 35,4% |
| | Vida saudável | Freq. | 8 | 17 | 25 |
| | | % GA/ GC | 13,1% | 48,6% | 26,0% |
| | Pensamento positivo | Freq. | 4 | 1 | 5 |
| | | % GA/ GC | 6,6% | 2,9% | 5,2% |
| | Internamento hospitalar | Freq. | 17 | 0 | 17 |
| | | % GA/ GC | 27,9% | ,0% | 17,7% |
| Total | Freq. | 61 | 35 | 96 | |
| | % GA/ GC | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

No que respeita à pergunta se “acha que vai ter um bebé prematuro”, as participantes no estudo afirmaram na sua maioria que sim (57,3%, n=55) não se verificando a mesma relação em ambos os grupos. No grupo de grávidas não internadas, ninguém respondeu à pergunta pela afirmativa. Por outro lado, no grupo de grávidas internadas em risco de parto pré-termo, 67,2% (n=41) considerou que o futuro passava por ser mãe prematuramente, o que pode dever-se à sensação de risco iminente. Esta relação de dependência entre a incidência de expectativas de parto prematuro e a situação de internamento é confirmada pelo T. Fisher= 0,000.

No sentido de avaliar se a incidência da expectativa de parto pré-termo depende da história obstétrica, recorreu-se ao Teste de Qui-Quadrado de independência ou, quando os pressupostos de frequência não se verificaram, ao Teste de Fisher, considerando uma probabilidade de erro de tipo I de 0,05 em todas as análises inferenciais.

Tabela 24 - Cruzamento Acha que vai ter um bebé prematuro? * Grupo Alvo/ Grupo de Controlo

| | | | Grupo Alvo/ Grupo de Controlo | | Total |
|-------------------------------------|----------|----------|-------------------------------|-------------------------|-------|
| | | | Grávidas Internadas | Grávidas Não Internadas | |
| Acha que vai ter um bebé prematuro? | Sim | Freq. | 41 | 0 | 41 |
| | | % GA/ GC | 67,2% | ,0% | 42,7% |
| | Não | Freq. | 20 | 35 | 55 |
| | | % GA/ GC | 32,8% | 100,0% | 57,3% |
| Total | Freq. | 61 | 35 | 96 | |
| | % GA/ GC | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

Em relação à dependência da expectativa da prematuridade, observa-se que a percentagem de grávidas que afirmaram “achar que vão ter um bebé prematuro” não é dependente do facto da gravidez ter sido desejada (T. Fisher= 1,000), nem do seu planeamento ($X^2(2) = 0,179$), tal como não é dependente da história de tratamento para engravidar ($X^2(2) = 0,237$). Esta característica parece depender da situação de gravidez quanto ao risco (T. Fisher= 0,000), não se verificando dependência da idade gestacional, nomeadamente do grupo etário gestacional ($X^2(2) = 0,833$). Observando-se um maior número de casos de afirmação positiva em relação às expectativas de parto pré-termo, confirmada por análise estatística inferencial, podemos afirmar que a incidência dessa expectativa depende da gestação, nomeadamente da singularidade, gemelaridade ou trigemelaridade ($X^2(2) = 0,005$; $p = 1,000$; $N = 96$). Nesta comparação usaram-se os resultados do teste exacto, que são consoantes com a simulação de Monte Carlo, uma vez que as condições de aproximação da distribuição do teste à distribuição do Qui-Quadrado não se verificaram.

Para averiguar as diferenças significativas entre as grávidas em relação às expectativas de parto pré-termo, no que diz respeito à percepção de auto-eficácia, foi necessário verificar a existência de distribuição e a homogeneidade das variâncias nos grupos em causa. O Teste de Kolmogorov-Smirnov revelou a existência de pressupostos de normalidade na dimensão ES ($p = 0,200 / 0,200$), e ausência de normalidade nas dimensões IP ($p = 0,200 / 0,000$), EPA ($p = 0,002 / 0,000$) e na Auto-Eficácia Geral ($p = 0,099 / 0,000$). O Teste de Levene revelou homogeneidade nas dimensões IP ($p = 0,683$), ES ($p = 0,794$), e na Geral ($p = 0,401$), tal não se verificando na dimensão EPA ($p = 0,015$). Recorremos ao Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para duas amostras independentes nas dimensões IP, EPA e na Auto-Eficácia Geral. Assim sendo, obtivemos resultados que não rejeitam a hipótese que as expectativas de parto pré-termo não diferem na percepção de Auto-eficácia Geral ($U = 1000,5$; $W = 1861,5$; $p = 0,349$),

tal como nas dimensões IP ($U = 1105,5$; $W = 1966,5$; $p = 0,872$) e EPA ($U = 962,5$; $W = 1823,5$; $p = 0,219$) das grávidas participantes no estudo. O Teste de T-Student revelou não existir diferença significativa na dimensão ES entre os grupos de grávidas com expectativas de parto pré-termo e sem essa expectativa ($t=-0,919$, $p=0,361$).

No sentido de averiguar as diferenças significativas entre as grávidas com ou sem expectativas de parto pré-termo relativamente ao perfil de *coping* apresentado verificaram-se inicialmente os pressupostos da normalidade e, porque todas as dimensões da Brief COPE revelaram ausência de normalidade da distribuição e homogeneidade da variância, optou-se pelo uso de teste não paramétrico. Através do Teste de Wilcoxon-Mann-Whiney para duas amostras independentes, não rejeitamos que as expectativas de parto pré-termo se enquadram igualmente nas diferentes dimensões da Brief COPE, excepto na dimensão aceitação ($U=848,500$; $W=2388,500$; $p=0,032$), revelando que os valores médios desta dimensão são significativamente diferentes entre o grupo de grávidas que tem expectativa de parto pré-termo e o grupo das que não têm.

3.4- Depois do Parto. A vivência da prematuridade.

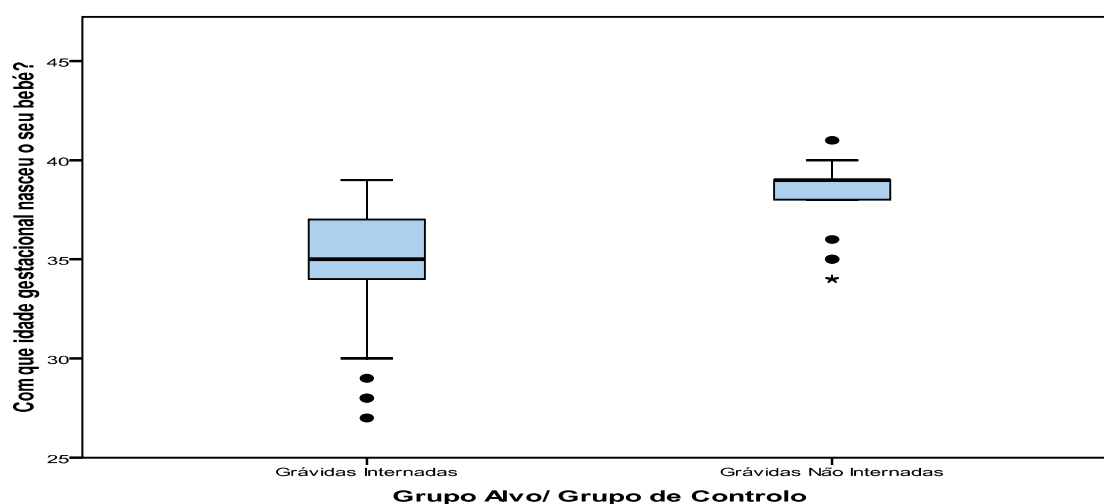
Debruçando-nos sobre a última questão do instrumento de colheita de dados, a idade gestacional na data de parto, interessou-nos saber a incidência do parto pré-termo na amostra de participantes, bem como a sua relação com as variáveis em estudo.

Responderam, à questão levantada, 88 participantes num total de 96, o que representa uma perda de 8,3%.

A média da idade gestacional na data de parto situou-se nas 36 semanas ($M=36,01$; $Min=27$; $Max=41$), distribuindo-se entre os grupos de estudo de diferente forma. No grupo de participantes internadas em risco de parto iminente observaram-se resultados inferiores ($M=34,79$; $Min=27$; $Max=39$; $Me=35$; $N=58$) ao do grupo de grávidas não internadas ($M=38,37\%$; $Min=34$; $Max=41$; $Me=39$; $N=30$). Destaca-se a ocorrência de um parto com nado morto e uma morte fetal *in útero* numa grávida de gémeos, enquadrados no grupo alvo. Estas situações não foram excluídas do tratamento de dados por não influenciarem os resultados investigados durante a gravidez.

De realçar a idade gestacional mínima na data de parto e o valor mediano apresentado pelos grupos, pois representam a realidade sofrida. No grupo de grávidas não internadas o valor mínimo encontra-se nas 34 semanas, o que representa uma prematuridade limiar (sem risco elevado de internamento e complicações neonatais). Por sua vez, a mediana deste grupo situa-se numa idade gestacional de termo (Me=39). No grupo de grávidas internadas o indicador do mínimo assenta nas 27 semanas (com risco muito elevado de complicações neonatais), situando-se a mediana num valor enquadrado na prematuridade (Me=35).

Gráfico 8 - Gráfico de distribuição IG na data de parto * GA/GC



A incidência de parto prematuro foi de 50% na amostra, distribuindo-se de forma diversa consoante os grupos de estudos. No GA a incidência de parto pré-termo revelou-se em 67,2% (n=39, N=58) enquanto que no GC foi de 16,7% (n=5, N=30). Esta relação de dependência é confirmada pelo Teste de Qui-Quadrado ($X^2(2)=0,000$).

Tabela 25 – Cruzamento Grupo Alvo/ Grupo de Controlo * O bebé nasceu prematuro?

| | | | O bebé nasceu prematuro? | | Total |
|-------------------------------|-------------------------|----------|--------------------------|-----------------------|--------|
| | | | antes da 37 semanas | depois das 37 semanas | |
| Grupo Alvo/ Grupo de Controlo | Grávidas Internadas | Freq. | 39 | 19 | 58 |
| | | % GA/ GC | 67,2% | 32,8% | 100,0% |
| | Grávidas Não Internadas | Freq. | 5 | 25 | 30 |
| | | % GA/ GC | 16,7% | 83,3% | 100,0% |
| Total | | Freq. | 44 | 44 | 88 |
| | | % GA/ GC | 50,0% | 50,0% | 100,0% |

Quando estudamos a relação entre gravidez desejada e incidência de parto pré-termo, o Teste exacto de Fisher indica-nos não existir relação entre estas variáveis (TFisher=0,266). Da mesma forma, não se encontraram relações entre a variável incidência de parto pré-termo e outras variáveis relacionadas com a história da gravidez, como gravidez planeada ($X^2(2)=1,000$), tratamento para engravidar ($X^2(2)=0,118$) e grupo gestacional ($X^2(2)=1,000$). Encontrou-se dependência desta variável com a gestação singular/gemelar/trigemelar ($X^2(2)=0,045$; $p=1.000$; $N=88$) e com o diagnóstico de gravidez de risco ($X^2(2)=0,000$).

No sentido de avaliar a relação entre percepção de auto-eficácia e a incidência de parto pré-termo, o Teste de Komogorov-Smirnov revelou não distribuição normal nas dimensões IP, EPA e Auto-eficácia geral. O Teste de Levene demonstrou homogeneidade das variâncias em todas as dimensões da escala, pelo se optou pelo uso do Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para amostras independentes nas dimensão IP, EPA, e Auto-eficácia Geral, e pelo uso do Teste T-Student na dimensão ES. Com uma probabilidade de erro de 5%, não se verificaram diferenças significativas entre o grupo de participantes que teve parto prematuro e o que teve parto de termo, no que diz respeito à percepção de auto-eficácia (IP – $U=904,500$; $W=1894,500$; $p=0,598$ / EPA – $U=923,500$; $W=1913,500$; $p=0,712$ / ES – $p=0,546$ / AE Geral – $U=952,500$; $W=1942,500$; $p=0,899$).

Quando nos interrogamos acerca de relação entre as variáveis parto prematuro e *coping*, o Teste de Levene demonstrou homogeneidade das variâncias em todas as categorias, excepto “utilizar suporte social emocional” e “aceitação”, verificando-se no entanto que o Teste de Komogorov-Smirnov não revelou distribuição normal em nenhuma das categorias. Através do Teste de Kolmogorov-Smirnov, relacionam-se as categorias “religião”, “aceitação” e “humor” com a incidência de parto prematuro (religião – $U=857,500$; $W=1647,500$; $p=0,008$ / aceitação – $U=677,500$; $W=1667,500$; $p=0,012$; humor – $U=763,000$; $W=1693,000$; $p=0,023$).

Quando estudamos a expectativa de parto pré-termo, relacionando com a ocorrência de parto prematuro, observamos que 75% ($n=30$; $N=40$) das mulheres que apresentaram expectativas de parto pré-termo realmente o tiveram, e 29% das participantes que referiram não achar vir a ter um parto prematuro sofreram-no. O Teste Qui-Quadrado confirma essa relação ($X^2(2)=0,000$).

IV – DISCUSSÃO

O enquadramento teórico, apresentado na primeira parte deste trabalho, pretendeu clarificar alguns conceitos básicos para a compreensão da temática explorada e para o delineamento de um quadro conjunto que englobasse a percepção de auto-eficácia, o comportamento de *coping* e as expectativas relacionadas com um filho prestes a nascer – tudo isto, tendo em vista a problemática da prematuridade. As fontes apresentadas, não se enquadrando na vivência da gravidez, poderão ser consideradas como insuficientes no enquadramento e discussão temática; contudo, a natureza exploratória deste estudo assim o justifica.

A gravidez é um momento de alterações físicas, psíquicas e sociais na vida de uma mulher, sendo portanto responsável por um processo interno de reequilíbrio que se destina à obtenção ou manutenção de uma situação positiva gratificante (Xavier & Paúl, 1996). Nessa linha de pensamento, a gravidez representará, por si só, uma fase onde os recursos de *coping* são evocados, na procura de uma nova harmonia interna que acompanhará um novo papel social – para a mulher, o de ser mãe (Canavarro & Pedrosa, 2005; Schulz, Cowan & Cowan, 2006). Sendo um período de reestruturação de papéis sociais, a gravidez é também um período de projectos de futuro e, se desejada e planeada, poderá representar um sentimento de auto-eficácia elevado em relação ao desejo de maternidade.

Nesta investigação, a avaliação da auto-eficácia durante a gravidez – realizada através da aplicação da “Escala de Auto-Eficácia Geral (Pais Ribeiro, 1995)” – não revelou diferenças significativas entre os dois grupos em estudo, nem relação com variáveis da história obstétrica. As participantes apresentaram um elevado padrão de percepção da auto-eficácia, principalmente no que tocou à eficácia perante a adversidade. Não tendo conhecimento de estudos que relacionem percepção de auto-eficácia com o período da gravidez, interrogamo-nos se a auto-eficácia percebida pelas participantes se relaciona com a vivência da gravidez e com o vulgarmente denominado “estado de graça” que é tido como envolvendo esse período. A gravidez, por problemática que seja, representa afinal um meio para atingir um fim, que é o da maternidade. Por outro lado, e lembrando que a adopção de comportamentos que influenciam a saúde se relaciona com uma mais elevada percepção de auto-eficácia (Pais Ribeiro, 1995), recordamos que toda a nossa amostra se enquadra nesse comportamento, pois

todas as grávidas participantes vigiaram a gravidez, tendo a maior parte delas desejado e programado esta situação. A sensação de competência em relação à obtenção da gravidez será uma característica de todas as mulheres empenhadas em ser mães. Pensando ainda que a percepção de auto-eficácia parental aumenta nos primeiros meses após o nascimento do filho (Hudson, Elek & Flek; 2001), e estando relacionada com a sensação de capacidade para cuidar da criança (Pires, 1997), será interessante pensar que a percepção de auto-eficácia no domínio do exercício da maternidade poderá sofrer variações se o filho nascer prematuro ou sofrer de patologias graves. Seguindo estes raciocínios, seria assim de considerar o desenvolvimento de estudos longitudinais que possibilitassem explorar esta relação, e mesmo a análise da percepção de auto-eficácia em mulheres que à partida não desejavam ou planeavam a sua gravidez (por ex: grávidas adolescentes, solteiras ou recentemente separadas/divorciadas).

Por sua vez, no que toca ao questionário de Brief Cope (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004), este estudo apurou que, perante uma situação stressante em geral, as participantes apresentam recurso a comportamentos mais centrados no uso de suporte emocional, no planeamento, no coping activo e na aceitação; logo, a mecanismo activos e adaptativos, que pretendem aproximá-las do elemento de desequilíbrio. São preteridas as estratégias de *coping* passivas e com recurso ao evitamento, sendo apontadas como menos utilizadas as que envolvem o uso de substâncias e o desinvestimento emocional. Parece óbvio salientar novamente a importância que podem aqui ter factores como o planeamento e o desejo da gravidez, vivenciados pela maioria das respondentes. Comparando o grupo de grávidas internadas com o que não sofria risco iminente de parto pré-termo, é possível perceber que o primeiro recorre principalmente à religião, reinterpretação positiva e aceitação perante a situação adversa, enquanto que o segundo possui um perfil de *coping* mais baseado na utilização de comportamentos como procurar ajuda, informações, ou conselhos acerca do que fazer, característica essa definida como de suporte instrumental.

Nesta perspectiva, importa salientar vários pontos. Tendo em conta que a avaliação pessoal perante a situação de doença dependerá da gravidade e do significado da doença, mas também de factores individuais como experiências anteriores, e da sua avaliação em relação às suas implicações no futuro (Odgen, 1999), poderemos pensar que o risco de parto pré-termo representará para a mulher grávida o risco de vida do seu filho, mas também de si própria, além do risco de perda do papel para o qual se prepara, o de ser mãe. O internamento

da grávida em risco, por muito doloroso e traumatizante, afigura-se como um investimento no projecto de maternidade, mas, à luz do defendido por Silva (2006), mesmo podendo ser encarado com racionalidade, não é sentido, habitualmente, como algo agradável. Talvez por isso, as categorias do *coping* que se relacionaram com o grupo de risco de parto pré-termo, e os sentimentos que essa situação envolve, são as que se referem a crenças. Para além disso, surge o facto do internamento hospitalar consistir numa medida clínica de prevenção do parto prematuro e, dessa forma, possibilitar às grávidas nessa situação a ideia de que já se encontram numa situação de reacção perante a adversidade, induzindo desta forma o recurso à aceitação, à reinterpretação positiva e à religião como comportamentos de *coping*. Por fim, seria interessante perceber se as respondentes internadas com risco de parto prematuro sentem a sua hospitalização como fornecendo todo o auxílio e aconselhamento necessários à superação da sua situação, não necessitando por isso de agir activamente à procura de suporte que considerem extra – para isso, teria de se recorrer a uma análise qualitativa, através de questionário semi-directivo.

Encontraram-se diferenças significativas no *coping* descrito pelas grávidas, dependendo da idade gestacional na data do estudo, nomeadamente nas categorias auto-distracção e desinvestimento comportamental, mais evidenciadas no grupo de grávidas com idade gestacional superior a 30 semanas. Este comportamento parece representar que a partir do momento que sente como envolvendo menos risco de vida para o filho, a mulher grávida apresenta comportamentos de menor investimento na manutenção da gravidez, usando a auto-distracção como modelo de comportamento. As 30 semanas de gestação, simbolizarão uma maior proximidade com o parto, visto que, em termos obstétricos o parto a partir das 35 semanas é muitas vezes considerado como uma conquista à prematuridade.

Na tentativa de estimar a forma como as participantes no estudo conceptualizavam o recém-nascido prematuro, foram solicitadas respostas a um conjunto de questões semi-abertas. Quando pedidas para utilizar adjectivos que caracterizassem a sua ideia de um bebé nestas condições, os mais relevantes, em termos numéricos, foram os que se enquadraram na categoria “capacidade de resistência”, seguidos pelos da categoria “aparência física” – o que vai de encontro ao descrito por Barros & Trindade (2007) em relação às representações das mães de bebés prematuros acerca do primeiro contacto com o filho. Para além disto, as grávidas internadas em risco de parto pré-termo destacaram-se por uma descrição do bebé prematuro focalizada no “estado de saúde” mais elevada do que as grávidas do grupo de

controle, podendo interpretar-se à luz do receio da doença ou da morte do seu filho. Afinal, o estado de saúde do bebé que esperam é a preocupação que motiva o seu internamento no momento desta investigação, consistindo talvez na dimensão medicamente abordada mais vezes ao longo desse período. Esta perspectiva vai de encontro ao referido por Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais (2005) quando concluem que as expectativas de parto das grávidas no terceiro trimestre de gestação se centram na preocupação com as possíveis consequências do mesmo no bem-estar do filho.

As categorias de adjectivos usados na descrição do bebé prematuro levam à interpretação de que as respondentes possuíam algum conhecimento em relação à problemática da prematuridade. De realçar ainda que metade das respondentes já tinha tido hipótese de visualizar, em algum momento da sua vida, um bebé nestas condições. De entre este grupo, a maioria referia que tal observação se tinha dado presencialmente, tendo-se demonstrado surpreendente para os investigadores que a comunicação social não possuísse um papel tão activo neste conhecimento, dado que a prematuridade parece ser uma temática moderna e frequente dos media.

Relacionado com isto, importa referir que, uma vez questionado às participantes se pensavam que iriam ter um parto pré-termo, a grande maioria das grávidas internadas respondeu positivamente, ao contrário das não internadas, o que parece denotar uma evidente relação entre esta expectativa e a vivência diária do risco por que estas mulheres inevitavelmente sentem estar a passar durante a fase de internamento hospitalar. Afinal, encontrar-se internado por risco de parto pré-termo envolve, como em qualquer hospitalização, um conjunto de cuidados médicos constantes como o controlo de valores basais, exames de diagnóstico, dietas especiais; e de pressões constantes como o incentivo ao repouso ou comportamento passivo e obediente com o fim da saúde. A vivência de tudo isto poderá então levar a grávida a dimensionar o seu risco de forma cabal, proporcionando-lhe assim a ideia predictiva da possibilidade real de ocorrência prematura do seu parto. Talvez por essa razão, reaja perante este risco com maior recurso a estratégias de aceitação. Esta interpretação dos resultados não parece ir de encontro ao afirmado por Silva (2006) que defende que a vivência do internamento hospitalar, sendo muitas vezes vivida com ansiedade e angústia, se pode tornar num elemento destabilizador para a mulher. Na tentativa de abordar a hipótese que a percepção do risco seja promotor de comportamentos de aceitação como traço de *coping* com maior seriedade científica, seria necessário ter a noção da distinção

existente entre estes resultados e os de respondentes com risco de parto pré-termo mas sem a necessidade de internamento hospitalar – o que não foi objecto de estudo nesta investigação.

Algo que vem de encontro a essa ideia é a forte relação entre a expectativa de parto pré-termo e o tipo de gravidez, o que não surpreende, uma vez que a generalidade é, por si só, motivo de diagnóstico de gravidez de risco e causa efectiva de parto prematuro. De salientar aqui, obviamente, o facto de todas as participantes com gravidez gemelar ou trigemelar se encontrarem no grupo de mulheres internadas.

Por último, verificamos uma incidência de parto prematuro de 50% na amostra total, com maior impacto no grupo de grávidas que sofreram internamento hospitalar, destacando-se pela prevalência de partos que motivaram internamento hospitalar dos bebés. No fundo, as grávidas que passaram por um período de internamento por risco de parto iminente tiveram mais filhos prematuros e mais filhos com necessidade de internamento neonatal. Por outro lado, apesar da ocorrência de parto prematuro ter sido de 16,7% nas grávidas que não se encontravam internadas, esses nascimentos não implicaram internamento por se enquadrarem na prematuridade limiar e não representarem risco acrescido de vida. A prevalência de partos prematuros foi, no seu geral, bastante elevada, e não corresponde ao descrito pelos dados estatísticos, que descrevem a taxa de nascimentos associados à prematuridade como se situando em cerca de 6%. Interessante também é analisar a incidência de partos de termo no grupo alvo, ou seja, 32,8% das mulheres que se encontravam internadas em risco de parto pré-termo não chegaram a ter filhos prematuros. Esses valores poderão ser de importante análise no que toca ao reforço de medidas como o internamento hospitalar, na medida em que se podem mostrar eficazes na prevenção de partos prematuros.

De qualquer forma, realçamos que, os esforços para não ter um bebé prematuro focalizaram-se muito nas indicações clínicas e na vida saudável, o que é sinal de empenhamento na gravidez, empenhamento esse por nós interpretado como concordante com os já referidos factores de desejo e planeamento de gravidez e, porque não dizê-lo, com a elevada percepção de auto-eficácia das participantes.

V – CONCLUSÕES

De acordo com Quivy & Campenhout (1992), este último capítulo da tese compreenderá três linhas distintas de pensamento, onde a primeira é constituída por uma retrospectiva das grandes linhas de procedimento do estudo, a segunda pelas grandes conclusões e análise do conhecimento originados pela investigação realizada, e a terceira por considerações de ordem prática.

O contacto diário com mães que, sem aviso prévio, se vêem na condição de mães prematuras que afirmam ter ficado surpreendidas com a aparência dos seus filhos, ou mesmo com as suas competências, fez-nos interrogar acerca das representações sociais ligadas à prematuridade. Devido a essa experiência, o “fantasma do bebé prematuro” foi o grande objecto deste estudo.

Partindo da questão de partida “Quais as características pessoais das mulheres internadas com ameaça de parto pré-termo?”, estabelecemos, como objectivo geral desta investigação, determinar se existem diferenças atribuíveis à vivência do risco iminente de parto pré-termo durante a gravidez. Contando com a participação de 96 grávidas, distribuídas por dois grupos de estudo (o de grávidas internadas em risco de parto pré-termo e o de grávidas não internadas), debruçámo-nos na problemática da prematuridade, antes desta ter acontecido. Interrogámo-nos acerca da vivência da ameaça de parto pré-termo, das estratégias de *coping* evocadas pelas grávidas perante o risco, e da forma como as grávidas se auto-percepcionam.

Tendo em conta o grupo total de participantes, a média de idades situa-se nos 30,48 anos. A grande maioria é de raça caucasiana (91,7%), de nacionalidade portuguesa (79,2%) e residente no distrito de Lisboa (77,9%). Referem ser casadas mais de metade das participantes (54,2%) e as restantes encontram-se em grande parte em situação de união de facto (32,3%). Quase metade das respondentes tem o ensino superior, mas uma percentagem significativa (9,4%) não apresenta habilitações literárias equivalentes ao 9º ano de escolaridade. Em relação à situação profissional, a grande parte trabalha por conta de outrem (74,0%), em profissões que se distribuem entre os “especialistas das profissões intelectuais e científicas” e o “pessoal dos serviços e vendedores”, havendo no entanto 16,7% em situação de desemprego. Quanto à história da gravidez, 91,7% das participantes desejaram-na; 72,9% planearam-na; 85,4% das gravidezes foram espontâneas e 90,6% são singulares. No momento

do estudo, 37,5% das gravidezes situavam-se antes das 30 semanas e 62,5% depois. A 71,9% das participantes foi diagnosticada gravidez de risco, mas o internamento abrangeu apenas 63,54%.

No estudo da auto-eficácia, através da “Escala de Auto-Eficácia Geral (Pais Ribeiro, 1995)”, a amostra revelou um padrão de percepção da auto-eficácia elevado, tanto a nível geral, como das três dimensões que a compõem (Iniciativa e Persistência, Eficácia Perante a Adversidade, Eficácia Social). A dimensão que demonstrou ser mais elevada foi a da Eficácia Perante a Adversidade. A relação entre a percepção da auto-eficácia e alguma das variáveis estudadas não se verificou, ou seja, o desejo e planeamento da gravidez, a história de tratamento para engravidar, o tempo de gravidez na data do estudo, a situação de gravidez gemelar e o diagnóstico de risco não revelaram influência na percepção de auto-eficácia nas grávidas em estudo. Também não foram descobertas diferenças significativas com a aplicação desta escala na comparação entre o grupo de grávidas internadas em risco de parto pré-termo e o grupo de grávidas não internadas.

A aplicação do questionário de Brief COPE (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004) na população estudada revelou um perfil de *coping* com o uso de estratégias focalizadas no problema, e com muito baixo recurso ao evitamento. A grávida sem risco iminente de parto apresentou um recurso mais elevado perante a situação stressante, que se relacionou com o uso de suporte instrumental perante a adversidade. Por outro lado, identificou-se na grávida com risco de parto iminente, sujeita a internamento hospitalar, um mais elevado recurso de *coping* relacionado com religião, reinterpretação positiva e aceitação.

As expectativas na prematuridade foram avaliadas através de questões semi-abertas e a sua análise contribuiu para a compreensão das representações sociais acerca do bebé prematuro. Numa distribuição equivalente entre grupos em estudo, metade das participantes revelaram já alguma vez ter tido contacto visual com um bebé prematuro, dando especial ênfase ao contacto “ao vivo”. A descrição do bebé prematuro através de adjectivos demonstrou uma representação do bebé prematuro focalizada, com especial relevância, na “capacidade de resistência”, seguida da “aparência física”.

A expectativa de parto pré-termo relacionou-se com a vivência do risco, incluindo a ocorrência de gravidez gemelar (que é causa obstétrica de eleição para classificação de

gravidez de risco). A dimensão “aceitação” do questionário Brief COPE revelou estar relacionada com a expectativa de parto pré-termo.

A ocorrência de parto pré-termo revelou não estar relacionada com a percepção de auto-eficácia, tendo-se contudo detectado diferenças do perfil de *coping* entre as mulheres com parto antecipado, e as que tiveram parto de termo.

Tendo este estudo um carácter exploratório e vertente prospectiva, não pretendemos, depois de concluído, confirmar qualquer hipótese, porque elas não foram colocadas. A descoberta que a percepção de auto-eficácia não será influente na gravidez de risco, nem na ocorrência de parto pré-termo, é no entanto uma constante nos resultados desta investigação. A forma como a grávida reage durante a adversidade, o perfil de *coping* que demonstra, terá no entanto características diversas entre grupos de estudo. Seria interessante continuar a explorar esta vertente da gravidez.

Tendo a consciência que um estudo da natureza do elaborado apresenta limitações várias pela sua própria essência prospectiva e exploratória, esperamos, apesar disso, ter contribuído para uma melhor compreensão da prematuridade e da vivência do risco de parto pré-termo. Considera-se pertinente a sua replicação em estudos mais abrangentes, onde se possam cruzar vários tipos de risco vivenciados durante a gravidez, ou mesmo em estudos que incluam também os futuros pais, muitas vezes esquecidos.

Desejando que este trabalho possa servir para uma reflexão mais informada, por parte dos profissionais de saúde, e em especial dos enfermeiros, no sentido da valorização do acompanhamento da gravidez de risco, não só na vertente clínica de prevenção do parto pré-termo, mas também no estabelecimento institucional de programas de ligação entre serviços pré e pós natais.

VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anaut, M. (2005). *A Resiliência. Ultrapassar os Traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ancel, P. (2002). Menace d'accouchement prématuré et travail prématuré à membranes intactes: physiopathologie, facteurs de risque et conséquences. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 31, 10-21.
- Antoniazzi, A., Dell'Aglio, D. & Bandeira, D. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3, 273-294.
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 77, 122-147.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barros, L. & Brandão, A. (2002). Preocupações, dificuldades e perturbação emocional em pais de bebés hospitalizados numa unidade de neonatologia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 265-276.
- Barros, S. & Trindade, Z. (2007). Maternidade “Prematura”: Uma Investigação Psicológica na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8, 253-269.
- Bobak, J.; Lowdermilk, D.; Jensen, M. (1999). *Enfermagem na Maternidade* (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Botelho, T. & Leal, I. (2001). *A Personalidade Materna e Prematuridade*. Lisboa: Edições SNR.
- Brazelton, B. & Cramer, B. (1989). *A Relação mais precoce: Os pais, os bebés e a Interacção Precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brígido, M. (2003). Adaptação da Mulher ao Nascimento de um Filho. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada.

- Cabeças, M. (2000). *Personalidade e Aborto Recorrente. Estudo Monográfico*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Cabral, I. (2001). *Infertilidade Feminina e Personalidade. Dissertação de Mestrado*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Cabral, I. (2005). Morte e Luto na Gravidez e Puerpério. In I. Leal, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 61-91). Lisboa: Fim de Século.
- Campos, R. (2000). Processo gravídico, parto e prematuridade: Uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo. *Análise Psicológica*, 1, 15-25.
- Canavarro, M. & Pedrosa, A. (2005). Transição para a Parentalidade- Compreensão segundo Diferentes Perspectivas Teóricas In I. Leal, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 225-256). Lisboa: Fim de Século.
- Carver, C. & Scheier, M. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195.
- Casey, B. & Mac Donald, P. (1988). Biomolecular Processes in the initiation of Parturition: Decidual Activation. *Clinic Obstet Gynecol*, 3, 533-552.
- Compas, B.; Banez, G.; Malcarne, V. & Worsham, N. (1991). Perceived Control and Coping with stress: a developmental perspective. *Journal of Social Issues*, 47, 23-24.
- Conde, A. & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na Gravidez: Factores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 24, 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*, 41-49
- Cornee, J.; Mamelle, N.; Measson, A.; Munoz, F. & Segueilla, M. (1994). Obsessional symptoms in expectant women and outcome of their pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 15(4), 197 - 204.
- De Muylder, X. (1989). Psychological factors and pre-term labour, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, Vol. 7, 55-57.

Dec. Lei n.º 12/2005 de 26 de Janeiro- Informação genética pessoal e informação de saúde

Dole, N. (2001). Psychosocial risks of preterm birth. *Dissertation Abstract Internation*, Section B. The Sciences and Engineering, 62(3-B), 1348.

Figueiredo, B. (2001). *Mães e bebés*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Folkman, S. & Lazarus, R. (1980). Analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.

Honrado, A. (2001). Adaptação materna a uma situação de nascimento múltiplo. Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde, Lisboa: ISPA.

Hudson, D.; Elek, S & Fleck, M. (2001). First-time mother's and father's transition to parenthood: infant care sel-efficacy, parenting satisfaction, and infant sex. *Comprehensive Paediatric Nursing*, 24, 31-43.

Jonhson, J. & Dubin, N. (1980). Prevenion of preterm labor, *Clinical Obsterics and Gynecology*, 23, 51-73.

Jonhson. J. & Dubin, N. (1980). Prevention of preterm labor. *Clinic Obstet Gynecol*, 23, 51-73.

Kitzinger, S. (2006). *Porque chora o meu bebé?* Porto: Porto Editora.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Leite, J.; Drachler, M.; Centero, M.; Pinheiro, C. & Silveira, V. (2002). Desenvolvimento de uma Escala de Auto-eficácia para Adesão ao Tratamento Anti-retroviral. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15, 121-133.

Leveno, K; Cox, K. & Roark, M. (1986). Cervical dilatation and prematurity revisited, *Obstet Gynecol*, 68, 533-552.

Maroco, J. (2007). *Análise Estatística. Com utilização do SPSS (3ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

- McDaniel, S.H.; Hepworth, J. & Doherty, W.J. (1994). *Terapia Familiar Médica- Um Enfoque Biopsicossocial às Famílias com Problemas de Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Meis, P.; Goldenberg, R. & Mercer, B. (1995). The preterm prediction study: significance of vaginal infection, *Am J Obstet Gynecol*, 173: 1231-1235.
- Mikamo,H; Hayasaki, Y.; Kawazoc, K.; Hua, Y & Tamyra, T. (1999). Bacterial isolates from patients with preterm labor whith and without preterm rupture of fetal membranes, *Dis Obstet Gynecol*, 7, 190-194.
- Minde, K. (2000). Prematurity and Serious Medical Conditions in Infancy: Implications for Development, Behavior, and intervention .In Charles H. Zeanah, Jr. *Handbook of Infant Mental Health*, 10, 176-194.
- Nogueira, C. & Mesquita, A. (1992). Auto-eficácia e Ansiedade: Aplicação na Consulta Psicológica. *Jornal de Psicologia*, 10, 3, 16-22.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climespi Editores.
- 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, 7-41.
- Pais Ribeiro, J & Rodrigues, A. (2004). Questões Acerca do Coping: A Propósito do Estudo de Adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5, 3-15.
- Pais Ribeiro, J. (1995), Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. In: L. Almeida e I. Ribeiro (Edts.) *Avaliação Psicológica: formas e contextos*, (pp.163-176). Braga: APPORT.
- Pais Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia da Saúde*. Legis Editora: Porto.
- Pastore, L.; Hartmann, K.; Thorp, J.; Royce, R. & Jackson, T. (2000). Bacterial vaginosis and cervical dilatation and effacement at 24-25 gestation, *Am J Perinatology*, 17, 83-88.

- Pires, A. (1997). A Percepção que a Mãe tem do Temperamento do Bebê: Desenvolvimento da Percepção e a sua relação com o Comportamento da Criança, e o Comportamento, Irritabilidade e Auto-eficácia maternas. Dissertação apresentada à Universidade do Porto: Porto.
- Porter, C & Hsu, H. (2003). First-time mothers' perception of efficacy during the transition to motherhood: links to infant temperament. *Journal of Family Psychology*, 17, 54-64.
- Rini, C.; Dunkel-Schetter, C; Wadhwa, P.& Sandman, C. (1999). Psychological adaptation and birth outcomes the role of personal resources, stress and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychol*, 18, 333-345.
- Rolim, L; Canavarro, M. (2006). Perdas e luto durante a gravidez e puerpério. In M.C. Canavarro (coor). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (2ª ed.) (pp. 255-296). Coimbra : Quarteto.
- Romero, R.; Espinoz, J.; Chaiworapongsa, T. & Kalache, K. (2002). Infection and prematurity and the role preventive strategies, *Sem Neonatal*, 7, 259-274.
- Rymachevsky, N. V.; Kovalenko, V. M.; Volkov, A. E. & Trufanova, O. K. (1990). The personality traits of pregnant women in health and disease. *Zhurnal-Nevropatologii- I-Psikhiatrii-imeni-S.S.*, Vol. 90 (5), 97-101.
- Sá, E. (1997). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim de Século.
- Santos, L.; Pais Ribeiro, J. & Guimarães, L. (2003). Estudo de uma escala de crenças e de estratégias de coping através do lazer. *Análise Psicológica*, 4, 441-451.
- Schulz, M.S.; Cowan, C.P. & Cowan, P. A. (2006). Promoting Healthy Beginnings: A Randomized Controlled Trial of a Preventive Intervention to Preserve Marital Quality During the Transition to Parenthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 20-31.
- Silva, M. (2006). “Ecografia do psiquismo”, o primeiro internamento – no interior da barriga da mãe. *Cadernos de Educação de Infância*, 78, 10-13.

- Spear, M.; Leef, K.; Epps, S. & Locke, R. (2002). Family Reactions During Infants Hospitalisation in the Neonatal Intensive Care Unit. *American Journal of Perinatology*, 19, 205-213.
- Stern, D; Bruscheiller-Stern, N. & Freeland, A. (2005). *Nascimento de uma Mãe- A experiência da maternidade* (2ª ed.). Porto: Âmbar.
- Suls, J.; David, J. & Harvey, J. (1996). Personality and Coping: Three Generations of Research. *Journal of Personality*, 64, 711-735.
- Talmi, A. & Harmon, R. (2004). Relationships between preterm infants and their parents: disruption and development. *Zero to three*, 24, 13-20.
- Tavares, M & Barros, H. (1996). Gravidez na Adolescência em Portugal. *Arquivos de Medicina*, 10 (supl, 4), 3-8.
- Xavier, M.R. & Paúl, M.C. (1996). Construção e validação de uma escala de atitudes sobre a gravidez e a maternidade. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 6, 419-424.

ANEXOS

Anexo 1 – Caderno de Colheita de Dados

Código do Questionário _____

Data: ___/___/___

QUESTIONÁRIO

1. Data de Nascimento: _____ / _____ / _____ (____ Anos)

2. Raça:

- Caucasiana _____
- Negra _____
- Asiática _____
- Mista _____ Especifique: _____

3. Naturalidade: _____

4. Residente na Freguesia de: _____ Concelho de: _____

5. Estado Civil:

- Solteira _____
- União de facto _____
- Divorciada/separada de facto _____
- Casada _____
- Viuva _____

6. Habilitações Literárias

- Ensino Básico 1º ciclo _____
- Ensino Básico 2º ciclo _____
- Ensino Básico 3º ciclo _____
- Ensino Secundário _____
- Ensino Superior _____

(Anos de escolaridade concluídos: _____)

7. Profissão: _____

8. Situação Profissional:

- Empregada (por conta própria) _____
- Empregada (por conta de outrem) _____
- Desempregada _____
- Estudante _____
- Doméstica _____
- Outra (especifique) _____

9. Família com quem vive/ Co-habitação:

- Só com o companheiro _____
- Com o companheiro e outros familiares (especifique) _____
- Sem companheiro mas com outros familiares (especifique) _____
- Com outras pessoas não familiares (especifique) _____
- Sozinha _____

8. História Obstétrica:

- Gestações: _____
- Partos: _____
- Abortos: _____
 - Abortos Espontâneos (A.E.): _____
 - Interrupções Voluntárias da Gravidez (I.V.G.): _____
 - Abortos Terapêuticos (A.T.): _____
- Nados Mortos: _____
- Partos Prematuros: _____

9. Gravidez Actual:

- Foi desejada? Sim ____ Não ____
- Foi planeada? Sim ____ Não ____
- Fez tratamento para engravidar? Sim ____ Não ____
Se sim; Que tipo de tratamento? _____
Quanto tempo? _____
- Neste momento;
 - Tempo de gravidez (em semanas): _____
 - Singular/ Gemelar: _____
 - Gravidez de risco? Sim ____ Não ____

Se sim;

Qual o motivo? _____

com internamento ____ sem internamento ____

Se com internamento, há quantos dias? _____

10. Como eu sou

Vai encontrar a seguir um conjunto de afirmações acerca da maneira como você pensa sobre si própria. À frente de cada afirmação encontra 7 letras (de A a G). Se assinalar a letra A significa que discorda totalmente da afirmação e que ela não corresponde, de maneira nenhuma, ao que você pensa de si: se assinalar a letra G significa que a afirmação corresponde totalmente ao que você pensa sobre si própria. Entre esses dois extremos pode ainda escolher uma das 5 letras consoante estiver mais ou menos em desacordo com a sua maneira de pensar. Assinale uma das letras. Peça-lhe que pense bem na resposta de modo a que ela expresse correctamente a sua maneira de pensar.

A classificação é a seguinte:

A- Discordo totalmente

B- Discordo bastante

C- Discordo um pouco

D- Não concordo nem um pouco

E- Concordo um pouco

F- Concordo bastante

G- Concordo totalmente

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 10.1- Quando faço planos tenho a certeza que sou capaz de realizá-los | A | B | C | D | E | F | G |
| 10.2- Quando não consigo fazer uma coisa à primeira insisto e continuo a tentar até conseguir | A | B | C | D | E | F | G |
| 10.3- Tenho dificuldade em fazer novos amigos | A | B | C | D | E | F | G |
| 10.4- Se uma coisa me parece muito complicada, não tento sequer realizá-la. | A | B | C | D | E | F | G |
| 10.5- Quando estabeleço objectivos que são importantes para mim, raramente os consigo alcançar | A | B | C | D | E | F | G |
| 10.6- Sou uma pessoa auto-confiante | A | B | C | D | E | F | G |
| 10.7- Não me sinto capaz de enfrentar muitos dos problemas que se me deparam na vida | A | B | C | D | E | F | G |
| 10.8- Normalmente desisto das coisas antes de as ter acabado | A | B | C | D | E | F | G |

- 10.9- Quando estou a tentar aprender uma coisa nova, se não obtenho logo sucesso, desisto facilmente A B C D E F G
- 10.10 - Se encontro alguém interessante com quem tenho dificuldade em estabelecer amizade, rapidamente desisto de tentar fazer amizade com essa pessoa A B C D E F G
- 10.11- Quando estou a tentar tornar-me amigo de alguém que não se mostra interessado, não desisto logo de tentar A B C D E F G
- 10.12- Desisto facilmente das coisas A B C D E F G
- 10.13- As amizades que tenho foram conseguidas através da minha capacidade pessoal para fazer amigos A B C D E F G
- 10.14- Sinto insegurança acerca da minha capacidade de fazer coisas A B C D E F G
- 10.15- Um dos meus problemas, é que não consigo fazer as coisas como devia A B C D E F G

Escala de Auto-Eficácia Geral (Pais Ribeiro; 1995)

11. Quando se deparou com um problema na sua vida, como o internamento hospitalar, como reagiu? Responda, no quadro seguinte, segundo o que tem sido a sua reacção habitual.

A classificação é a seguinte:

- 0- Nunca fiz isso
- 1- Às vezes fiz isso
- 2- Fiz isso frequentemente
- 3- Fiz sempre isso

-
- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 11.1- Concentrei os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11.2- Tomei medidas para tentar melhorar a minha situação. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11.3- Tentei encontrar uma estratégia que me ajudasse no que tinha que fazer. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11.4- Pensei muito sobre a melhor forma de lidar com a situação. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11.5- Pedi conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11.6- Pedi conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11.7- Procurei apoio emocional de alguém (família, amigos). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11.8- Procurei o conforto e compreensão de alguém. | 0 | 1 | 2 | 3 |
-

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 11.9- Tentei encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11.10- Rezei ou meditei. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11.11- Tentei analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11.12- Procurei algo positivo em tudo o que estava a acontecer. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11.13- Fiz críticas a mim própria. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11.14- Culpei-me pelo que estava a acontecer. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11.15- Tentei aceitar as coisas tal como estavam a acontecer. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11.16- Tentei aprender a viver com a situação. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11.17- Fiquei aborrecida e expressei os meus sentimentos (emoções). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11.18- Senti e expressei os meus sentimentos de aborrecimento. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11.19- Disse a mim própria: “Isto não é verdade”. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11.20- Recusei-me a acreditar que isto estivesse a acontecer desta forma comigo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11.21- Refugiei-me noutras actividades para me abstrair da situação. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11.22- Fiz outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11.23- Desisti de me esforçar para obter o que queria. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11.24- Simplesmente desisti de tentar atingir o meu objectivo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11.25- Refugiei-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11.26- Usei álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11.27- Enfrentei a situação levando-a para a brincadeira. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11.28- Enfrentei a situação com sentido de humor. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Brief Cope (Pais Ribeiro & Rodrigues; 2003)

12. Já alguma vez viu um bebé prematuro? Sim ____ Não ____

- Se sim, onde? _____

13. Por favor seleccione três adjectivos (por ordem de prioridade, sendo o primeiro o mais importante) que traduzam o que se lembra quando pensa em bebés prematuros:

- _____
- _____
- _____

14. O que tem feito para evitar ter um bebé prematuro?

15. Acha que vai ter um bebé prematuro? Sim ____ Não ____

16. (*pergunta por telefone, às 40-42 semanas de gestação*)

Com que idade gestacional nasceu o seu bebé? _____ semanas

MUITO OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO NESTE ESTUDO

Anexo 2 – Carta de Solicitação de Participação às Grávidas

Informação à grávida

Eu, Ana Cristina Ranha dos Santos, enfermeira na Unidade de Cuidados Intermédios ao Recém-nascido da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (M.A.C.), aluna do Mestrado em Psicologia da Gravidez e Parentalidade no Instituto Superior de Psicologia Aplicada (I.S.P.A.) encontro-me a realizar um trabalho de investigação no âmbito da Tese de Mestrado acerca do modo como as grávidas reagem às adversidades da gravidez e ao risco de parto prematuro.

A prematuridade, como área de interesse em estudos científicos tem sido muito estudada nos últimos tempos. Este facto deve-se ao número crescente de nascimentos prematuros tanto no nosso país, como a nível global. Assim nasce o interesse neste estudo que lhe apresento, tal como já apresentei à Direcção do Serviço Materno-Fetal e à Comissão de Ética da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Tem este o objectivo de compreender as características pessoais das mulheres internadas com ameaça de parto pré-termo. Trata-se de um estudo exploratório, ou seja, que pretende apenas levantar questões acerca da temática da prematuridade. Este é um estudo de carácter privado, não é encomendado nem financiado por qualquer organização ou instituição.

Este estudo irá envolver no mínimo trinta mulheres internadas no serviço materno-fetal da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, e você preenche os requisitos para participar nele por:

- ter mais de 18 anos
- estar internada por ameaça de parto prematuro.

A participação neste estudo implica aceitar responder a um conjunto de questões que lhe serão colocadas por mim em duas ocasiões diferentes, a primeira através do preenchimento de um questionário e a segunda através de contacto telefónico.

A informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e a sua identidade jamais poderá ser revelada em qualquer relatório ou publicação ou a qualquer pessoa não relacionada com este estudo, sem que para isso lhe seja solicitada uma autorização por escrito. Os dados serão processados por computador e codificados de forma a não serem nunca identificados. Para verificar se o estudo está a ser conduzido correctamente e/ou para verificar os dados fornecidos, representantes especializados da Comissão de Ética Independente, poderão analisar os seus registos clínicos pessoais, que serão mantidos por mim. Os

resultados deste estudo serão publicados em revistas da especialidade, mas você não será identificada em nenhuma publicação ou relatório.

A sua participação é voluntária, ou seja, pode decidir participar ou não neste estudo. Se decidir participar, ser-lhe-á entregue esta Informação e ser-lhe-á pedido para assinar o Consentimento Informado. A decisão de não participar no estudo, ou de desistir a qualquer altura não irá afectar a qualidade dos cuidados médicos que está a receber. A sua participação não será remunerada.

A sua participação é valiosa! É necessário que responda a todas as questões com honestidade. Não existem respostas erradas, apenas o que é verdadeiro para cada um. É obrigatório responder a todas as questões, uma vez que só serão válidos os questionários em que todas as questões sejam respondidas. Deverá responder sozinha mas estarei à sua disposição para prestar qualquer esclarecimento no seu preenchimento.

Agradeço o tempo que despendeu a ler esta informação, e a ponderar a sua participação neste estudo. Se desejar participar, deve assinar e datar o Consentimento Informado. Esta cópia ficará para si.

Obrigada pela sua colaboração!

Nome da Investigadora: Ana Cristina Santos

Contacto telefónico: 219135781

Anexo 3 – Consentimento Informado

Protocolo de Consentimento

Eu, _____

concordo em participar num programa de investigação conduzido por Ana Cristina Ranha dos Santos, licenciada em Enfermagem, presentemente a frequentar o Mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade no Instituto de Psicologia Aplicada (I.S.P.A.), no âmbito do desenvolvimento da sua Tese de Mestrado.

O objectivo deste programa de investigação visa determinar o modo como as grávidas reagem às adversidades da gravidez e ao risco de parto prematuro.

Compreendo que:

-A minha colaboração neste estudo é inteiramente voluntária;

-Colaborando estou a possibilitar o avanço dos conhecimentos nesta área e em relação às pessoas que possam estar, futuramente, em condições clínicas semelhantes à minha, mas não me podem ser dadas garantias de qualquer benefício directo ou indirecto pela minha participação no estudo.

- A minha participação implica aceitar responder a um conjunto de questões que me são colocadas pela investigadora em duas ocasiões diferentes, a primeira através do preenchimento de um questionário e a segunda através de contacto telefónico.

- Posso recusar a colaboração neste trabalho em qualquer altura e a minha recusa em nada interferirá no tratamento médico e psicológico que necessite.

- Toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade jamais poderá ser revelada em qualquer relatório ou publicação ou a qualquer pessoa não relacionada com este estudo sem que eu autorize por escrito.

Nome: _____

Assinatura: _____

Contacto telefónico (se autorizar a segunda fase do questionário): _____

Data: ____/____/____

Anexo 4 – Autorização da Realização da Colheita da Dados pela Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Anexo 5 – *Outputs* Estadísticos

Estado Civil * Grupo Alvo/ Grupo de Controlo Crosstabulation

| | | | Grupo Alvo / Grupo de Controlo | | Total |
|--------------|------------------------------|-----------|--------------------------------|-------------------------|--------|
| | | | Grávidas Internadas | Grávidas Não Internadas | |
| Estado Civil | Solteira | Freq. | 5 | 3 | 8 |
| | | % GA / GC | 8,2% | 8,6% | 8,3% |
| | União de facto | Freq. | 22 | 9 | 31 |
| | | % GA / GC | 36,1% | 25,7% | 32,3% |
| | Divorciada/Separada de facto | Freq. | 4 | 0 | 4 |
| | | % GA / GC | 6,6% | ,0% | 4,2% |
| | Casada | Freq. | 29 | 23 | 52 |
| | | % GA / GC | 47,5% | 65,7% | 54,2% |
| | Viúva | Freq. | 1 | 0 | 1 |
| | | % GA / GC | 1,6% | ,0% | 1,0% |
| Total | | Freq. | 61 | 35 | 96 |
| | | % GA / GC | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Habilitações Literárias * Grupo Alvo/ Grupo de Controlo Crosstabulation

| | | | Grupo Alvo/ Grupo de Controlo | | Total |
|-------------------------|------------|----------|-------------------------------|-------------------------|--------|
| | | | Grávidas Internadas | Grávidas Não Internadas | |
| Habilitações Literárias | 1º Ciclo | Freq. | 3 | 0 | 3 |
| | | % GA/ GC | 4,9% | ,0% | 3,1% |
| | 2º Ciclo | Freq. | 6 | 0 | 6 |
| | | % GA/ GC | 9,8% | ,0% | 6,3% |
| | 3º Ciclo | Freq. | 12 | 2 | 14 |
| | | % GA/ GC | 19,7% | 5,7% | 14,6% |
| | Secundário | Freq. | 22 | 7 | 29 |
| | | % GA/ GC | 36,1% | 20,0% | 30,2% |
| | Superior | Freq. | 18 | 26 | 44 |
| | | % GA/ GC | 29,5% | 74,3% | 45,8% |
| Total | | Freq. | 61 | 35 | 96 |
| | | % GA/ GC | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

A Gravidez actual foi desejada? * Grupo Alvo/ Grupo de Controlo Crosstabulation

| | | | Grupo Alvo/ Grupo de Controlo | | Total |
|---------------------------------|-----|----------|-------------------------------|-------------------------|--------|
| | | | Grávidas Internadas | Grávidas Não Internadas | |
| A Gravidez actual foi desejada? | sim | Freq. | 56 | 32 | 88 |
| | | % GA/ GC | 91,8% | 91,4% | 91,7% |
| | não | Freq. | 5 | 3 | 8 |
| | | % GA/ GC | 8,2% | 8,6% | 8,3% |
| Total | | Freq. | 61 | 35 | 96 |
| | | % GA/ GC | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

A Gravidez actual foi planeada? * Grupo Alvo/ Grupo de Controlo Crosstabulation

| | | | Grupo Alvo/ Grupo de Controlo | | Total |
|---------------------------------|----------|----------|-------------------------------|-------------------------|-------|
| | | | Grávidas Internadas | Grávidas Não Internadas | |
| A Gravidez actual foi planeada? | sim | Freq. | 42 | 28 | 70 |
| | | % GA/ GC | 68,9% | 80,0% | 72,9% |
| | não | Freq. | 19 | 7 | 26 |
| | | % GA/ GC | 31,1% | 20,0% | 27,1% |
| Total | Freq. | 61 | 35 | 96 | |
| | % GA/ GC | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

Que tipo de tratamento? * Grupo Alvo/ Grupo de Controlo

| | | | Grupo Alvo/ Grupo de Controlo | | Total |
|-------------------------|---------------------|----------|-------------------------------|-------------------------|-------|
| | | | Grávidas Internadas | Grávidas Não Internadas | |
| Que tipo de tratamento? | Tratamento hormonal | Freq. | 2 | 5 | 7 |
| | | % GA/ GC | 25,0% | 83,3% | 50,0% |
| | FIV | Freq. | 5 | 1 | 6 |
| | | % GA/ GC | 62,5% | 16,7% | 42,9% |
| | ICSI | Freq. | 1 | 0 | 1 |
| | | % GA/ GC | 12,5% | ,0% | 7,1% |
| Total | Freq. | 8 | 6 | 14 | |
| | % GA/ GC | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

Agrupamento segundo IG * Grupo Alvo/ Grupo de Controlo Crosstabulation

| | | | Grupo Alvo/ Grupo de Controlo | | Total |
|------------------------|---|----------|-------------------------------|-------------------------|-------|
| | | | Grávidas Internadas | Grávidas Não Internadas | |
| Agrupamento segundo IG | Entre as 25 e as 29 semanas de Gestação | Freq. | 21 | 15 | 36 |
| | | % GA/ GC | 34,4% | 42,9% | 37,5% |
| | Entre as 30 e as 34 semanas de Gestação | Freq. | 40 | 20 | 60 |
| | | % GA/ GC | 65,6% | 57,1% | 62,5% |
| Total | Freq. | 61 | 35 | 96 | |
| | % GA/ GC | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) | Point Probability |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| Pearson Chi-Square | ,674 ^a | 1 | ,411 | ,512 | ,273 | |
| Continuity Correction ^b | ,363 | 1 | ,547 | | | |
| Likelihood Ratio | ,670 | 1 | ,413 | ,512 | ,273 | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,512 | ,273 | |
| Linear-by-Linear Association | ,667 ^c | 1 | ,414 | ,512 | ,273 | ,123 |
| N of Valid Cases | 96 | | | | | |

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,13.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is $-.817$.

Auto-eficácia Geral

Tests of Normality

| Grupo Alvo/ Grupo de Controlo | | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|--------------------------------|-------------------------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | | Statistic | Df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Iniciativa e Persistência | Grávidas Internadas | ,104 | 61 | ,096 | ,943 | 61 | ,007 |
| | Grávidas Não Internadas | ,223 | 35 | ,000 | ,817 | 35 | ,000 |
| Eficácia Perante a Adversidade | Grávidas Internadas | ,151 | 61 | ,001 | ,932 | 61 | ,002 |
| | Grávidas Não Internadas | ,250 | 35 | ,000 | ,834 | 35 | ,000 |
| Eficácia Social | Grávidas Internadas | ,099 | 61 | ,200 | ,971 | 61 | ,163 |
| | Grávidas Não Internadas | ,158 | 35 | ,027 | ,934 | 35 | ,038 |
| Auto-Eficácia Geral | Grávidas Internadas | ,091 | 61 | ,200 | ,963 | 61 | ,066 |
| | Grávidas Não Internadas | ,214 | 35 | ,000 | ,859 | 35 | ,000 |

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variance

| | | Levene Statistic | Df1 | df2 | Sig. |
|--------------------------------|--------------------------------------|------------------|-----|--------|------|
| Iniciativa e Persistência | Based on Mean | 1,385 | 1 | 94 | ,242 |
| | Based on Median | ,357 | 1 | 94 | ,551 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,357 | 1 | 74,875 | ,552 |
| | Based on trimmed mean | ,693 | 1 | 94 | ,407 |
| Eficácia Perante a Adversidade | Based on Mean | 1,416 | 1 | 94 | ,237 |
| | Based on Median | ,964 | 1 | 94 | ,329 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,964 | 1 | 93,702 | ,329 |
| | Based on trimmed mean | 1,285 | 1 | 94 | ,260 |
| Eficácia Social | Based on Mean | 1,907 | 1 | 94 | ,171 |
| | Based on Median | 2,402 | 1 | 94 | ,125 |
| | Based on Median and with adjusted df | 2,402 | 1 | 93,319 | ,125 |
| | Based on trimmed mean | 1,949 | 1 | 94 | ,166 |
| Auto-Eficácia Geral | Based on Mean | ,195 | 1 | 94 | ,660 |
| | Based on Median | ,058 | 1 | 94 | ,811 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,058 | 1 | 82,983 | ,811 |
| | Based on trimmed mean | ,070 | 1 | 94 | ,792 |

Ranks

| | Grupo Alvo/ Grupo de Controle | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|--------------------------------|-------------------------------|----|-----------|--------------|
| Iniciativa e Persistência | Grávidas Internadas | 61 | 47,30 | 2885,00 |
| | Grávidas Não Internadas | 35 | 50,60 | 1771,00 |
| | Total | 96 | | |
| Eficácia Perante a Adversidade | Grávidas Internadas | 61 | 48,01 | 2928,50 |
| | Grávidas Não Internadas | 35 | 49,36 | 1727,50 |
| | Total | 96 | | |
| Eficácia Social | Grávidas Internadas | 61 | 47,80 | 2916,00 |
| | Grávidas Não Internadas | 35 | 49,71 | 1740,00 |
| | Total | 96 | | |
| Auto-Eficácia Geral | Grávidas Internadas | 61 | 46,41 | 2831,00 |
| | Grávidas Não Internadas | 35 | 52,14 | 1825,00 |
| | Total | 96 | | |

Test Statistics^a

| | Iniciativa e Persistência | Eficácia Perante a Adversidade | Eficácia Social | Auto-Eficácia Geral |
|------------------------|---------------------------|--------------------------------|-----------------|---------------------|
| Mann-Whitney U | 994,000 | 1037,500 | 1025,000 | 940,000 |
| Wilcoxon W | 2885,000 | 2928,500 | 2916,000 | 2831,000 |
| Z | -,561 | -,230 | -,325 | -,971 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,575 | ,818 | ,745 | ,331 |
| Exact Sig. (2-tailed) | ,578 | ,821 | ,748 | ,334 |
| Exact Sig. (1-tailed) | ,289 | ,410 | ,374 | ,167 |
| Point Probability | ,001 | ,001 | ,001 | ,001 |

a. Grouping Variable: Grupo Alvo/ Grupo de Controle

Test Statistics^a

| | Iniciativa e Persistência | Eficácia Perante a Adversidade | Eficácia Social | Auto-Eficácia Geral |
|------------------------|---------------------------|--------------------------------|-----------------|---------------------|
| Mann-Whitney U | 241,000 | 268,500 | 297,000 | 281,000 |
| Wilcoxon W | 269,000 | 296,500 | 325,000 | 309,000 |
| Z | -,917 | -,522 | -,108 | -,339 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,359 | ,602 | ,914 | ,735 |
| Exact Sig. (2-tailed) | ,369 | ,612 | ,917 | ,743 |
| Exact Sig. (1-tailed) | ,184 | ,306 | ,459 | ,371 |
| Point Probability | ,002 | ,002 | ,002 | ,003 |

a. Grouping Variable: Gravidez Singular ou Gemelar?

Tests of Normality

| | Gravidez de Risco? | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|--------------------------------|--------------------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Iniciativa e Persistência | sim | ,119 | 69 | ,018 | ,940 | 69 | ,003 |
| | não | ,217 | 27 | ,002 | ,822 | 27 | ,000 |
| Eficácia Perante a Adversidade | sim | ,170 | 69 | ,000 | ,928 | 69 | ,001 |
| | não | ,234 | 27 | ,001 | ,837 | 27 | ,001 |

| | | | | | | | |
|---------------------|-----|------|----|------|------|----|------|
| Eficácia Social | sim | ,096 | 69 | ,188 | ,971 | 69 | ,115 |
| | não | ,200 | 27 | ,007 | ,921 | 27 | ,042 |
| Auto-Eficácia Geral | sim | ,091 | 69 | ,200 | ,964 | 69 | ,047 |
| | não | ,224 | 27 | ,001 | ,848 | 27 | ,001 |

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variance

| | | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|--------------------------------|--------------------------------------|------------------|-----|--------|------|
| Iniciativa e Persistência | Based on Mean | 2,113 | 1 | 94 | ,149 |
| | Based on Median | ,735 | 1 | 94 | ,394 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,735 | 1 | 72,787 | ,394 |
| | Based on trimmed mean | 1,269 | 1 | 94 | ,263 |
| Eficácia Perante a Adversidade | Based on Mean | ,001 | 1 | 94 | ,979 |
| | Based on Median | ,004 | 1 | 94 | ,951 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,004 | 1 | 93,656 | ,951 |
| | Based on trimmed mean | ,000 | 1 | 94 | ,984 |
| Eficácia Social | Based on Mean | 1,568 | 1 | 94 | ,214 |
| | Based on Median | 2,306 | 1 | 94 | ,132 |
| | Based on Median and with adjusted df | 2,306 | 1 | 92,234 | ,132 |
| | Based on trimmed mean | 1,580 | 1 | 94 | ,212 |
| Auto-Eficácia Geral | Based on Mean | ,763 | 1 | 94 | ,384 |
| | Based on Median | ,406 | 1 | 94 | ,526 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,406 | 1 | 77,620 | ,526 |
| | Based on trimmed mean | ,441 | 1 | 94 | ,508 |

Tests of Normality

| | A Gravidez actual foi desejada? | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Iniciativa e Persistência | sim | ,140 | 88 | ,000 | ,895 | 88 | ,000 |
| | não | ,289 | 8 | ,048 | ,900 | 8 | ,291 |
| Eficácia Perante a Adversidade | sim | ,185 | 88 | ,000 | ,906 | 88 | ,000 |
| | não | ,220 | 8 | ,200 | ,925 | 8 | ,468 |
| Eficácia Social | sim | ,088 | 88 | ,092 | ,968 | 88 | ,028 |
| | não | ,272 | 8 | ,084 | ,906 | 8 | ,328 |
| Auto-Eficácia Geral | sim | ,121 | 88 | ,003 | ,921 | 88 | ,000 |
| | não | ,215 | 8 | ,200 | ,893 | 8 | ,247 |

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tests of Normality

| | A Gravidez actual foi desejada? | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Iniciativa e Persistência | sim | ,140 | 88 | ,000 | ,895 | 88 | ,000 |
| | não | ,289 | 8 | ,048 | ,900 | 8 | ,291 |
| Eficácia Perante a Adversidade | sim | ,185 | 88 | ,000 | ,906 | 88 | ,000 |
| | não | ,220 | 8 | ,200 | ,925 | 8 | ,468 |
| Eficácia Social | sim | ,088 | 88 | ,092 | ,968 | 88 | ,028 |
| | não | ,272 | 8 | ,084 | ,906 | 8 | ,328 |
| Auto-Eficácia Geral | sim | ,121 | 88 | ,003 | ,921 | 88 | ,000 |
| | não | ,215 | 8 | ,200 | ,893 | 8 | ,247 |

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

| | | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|--------------------------------|--------------------------------------|------------------|-----|--------|------|
| Iniciativa e Persistência | Based on Mean | ,066 | 1 | 94 | ,798 |
| | Based on Median | ,217 | 1 | 94 | ,642 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,217 | 1 | 93,801 | ,642 |
| | Based on trimmed mean | ,034 | 1 | 94 | ,855 |
| Eficácia Perante a Adversidade | Based on Mean | ,007 | 1 | 94 | ,935 |
| | Based on Median | ,021 | 1 | 94 | ,886 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,021 | 1 | 93,686 | ,886 |
| | Based on trimmed mean | ,011 | 1 | 94 | ,918 |
| Eficácia Social | Based on Mean | 5,232 | 1 | 94 | ,024 |
| | Based on Median | 2,150 | 1 | 94 | ,146 |
| | Based on Median and with adjusted df | 2,150 | 1 | 69,014 | ,147 |
| | Based on trimmed mean | 4,881 | 1 | 94 | ,030 |
| Auto-Eficácia Geral | Based on Mean | ,089 | 1 | 94 | ,766 |
| | Based on Median | ,010 | 1 | 94 | ,920 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,010 | 1 | 93,164 | ,920 |
| | Based on trimmed mean | ,110 | 1 | 94 | ,741 |

Tests of Normality

| | Gravidez planeada? | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|--------------------------------|--------------------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Iniciativa e Persistência | sim | ,129 | 70 | ,005 | ,876 | 70 | ,000 |
| | não | ,203 | 26 | ,007 | ,911 | 26 | ,028 |
| Eficácia Perante a Adversidade | sim | ,179 | 70 | ,000 | ,874 | 70 | ,000 |
| | não | ,175 | 26 | ,039 | ,956 | 26 | ,320 |
| Eficácia Social | sim | ,095 | 70 | ,195 | ,974 | 70 | ,147 |
| | não | ,123 | 26 | ,200 | ,944 | 26 | ,170 |
| Auto-Eficácia Geral | sim | ,135 | 70 | ,003 | ,899 | 70 | ,000 |
| | não | ,144 | 26 | ,174 | ,958 | 26 | ,359 |

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variance

| | | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|--------------------------------|--------------------------------------|------------------|-----|--------|------|
| Iniciativa e Persistência | Based on Mean | ,806 | 1 | 94 | ,372 |
| | Based on Median | ,217 | 1 | 94 | ,642 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,217 | 1 | 91,930 | ,642 |
| | Based on trimmed mean | ,781 | 1 | 94 | ,379 |
| Eficácia Perante a Adversidade | Based on Mean | 5,146 | 1 | 94 | ,026 |
| | Based on Median | 4,786 | 1 | 94 | ,031 |
| | Based on Median and with adjusted df | 4,786 | 1 | 83,869 | ,031 |
| | Based on trimmed mean | 5,174 | 1 | 94 | ,025 |
| Eficácia Social | Based on Mean | 7,988 | 1 | 94 | ,006 |
| | Based on Median | 8,030 | 1 | 94 | ,006 |
| | Based on Median and with adjusted df | 8,030 | 1 | 90,227 | ,006 |
| | Based on trimmed mean | 8,007 | 1 | 94 | ,006 |
| Auto-Eficácia Geral | Based on Mean | ,822 | 1 | 94 | ,367 |
| | Based on Median | ,850 | 1 | 94 | ,359 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,850 | 1 | 92,824 | ,359 |
| | Based on trimmed mean | ,884 | 1 | 94 | ,350 |

Test Statistics^a

| | Iniciativa e Persistência | Eficácia Perante a Adversidade | Eficácia Social | Auto-Eficácia Geral |
|------------------------|---------------------------|--------------------------------|-----------------|---------------------|
| Mann-Whitney U | 788,500 | 826,500 | 900,000 | 740,000 |
| Wilcoxon W | 1139,500 | 1177,500 | 3385,000 | 1091,000 |
| Z | -1,005 | -,692 | -,083 | -1,403 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,315 | ,489 | ,934 | ,161 |
| Exact Sig. (2-tailed) | ,318 | ,492 | ,936 | ,162 |
| Exact Sig. (1-tailed) | ,159 | ,246 | ,468 | ,081 |
| Point Probability | ,001 | ,001 | ,002 | ,001 |

a. Grouping Variable: A Gravidez actual foi planeada?

Tests of Normality

| | tratamento para engravidar? | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Iniciativa e Persistência | sim | ,167 | 14 | ,200 | ,949 | 14 | ,548 |
| | não | ,159 | 82 | ,000 | ,881 | 82 | ,000 |
| Eficácia Perante a Adversidade | sim | ,255 | 14 | ,014 | ,907 | 14 | ,140 |
| | não | ,179 | 82 | ,000 | ,898 | 82 | ,000 |
| Eficácia Social | sim | ,158 | 14 | ,200 | ,934 | 14 | ,343 |
| | não | ,088 | 82 | ,178 | ,969 | 82 | ,044 |
| Auto-Eficácia Geral | sim | ,171 | 14 | ,200 | ,937 | 14 | ,383 |
| | não | ,147 | 82 | ,000 | ,917 | 82 | ,000 |

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variance

| | | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|--------------------------------|--------------------------------------|------------------|-----|--------|------|
| Iniciativa e Persistência | Based on Mean | ,071 | 1 | 94 | ,791 |
| | Based on Median | ,020 | 1 | 94 | ,889 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,020 | 1 | 90,805 | ,889 |
| | Based on trimmed mean | ,026 | 1 | 94 | ,871 |
| Eficácia Perante a Adversidade | Based on Mean | ,201 | 1 | 94 | ,655 |
| | Based on Median | ,223 | 1 | 94 | ,638 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,223 | 1 | 93,212 | ,638 |
| | Based on trimmed mean | ,165 | 1 | 94 | ,685 |
| Eficácia Social | Based on Mean | ,985 | 1 | 94 | ,324 |
| | Based on Median | ,917 | 1 | 94 | ,341 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,917 | 1 | 90,487 | ,341 |
| | Based on trimmed mean | 1,026 | 1 | 94 | ,314 |
| Auto-Eficácia Geral | Based on Mean | ,171 | 1 | 94 | ,680 |
| | Based on Median | ,169 | 1 | 94 | ,682 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,169 | 1 | 92,654 | ,682 |
| | Based on trimmed mean | ,150 | 1 | 94 | ,700 |

Ranks

| | tratamento p/ engravidar? | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|--------------------------------|---------------------------|----|-----------|--------------|
| Iniciativa e Persistência | sim | 14 | 38,36 | 537,00 |
| | não | 82 | 50,23 | 4119,00 |
| | Total | 96 | | |
| Eficácia Perante a Adversidade | sim | 14 | 36,68 | 513,50 |
| | não | 82 | 50,52 | 4142,50 |
| | Total | 96 | | |
| Auto-Eficácia Geral | sim | 14 | 37,82 | 529,50 |
| | não | 82 | 50,32 | 4126,50 |
| | Total | 96 | | |

Test Statistics^a

| | Iniciativa e Persistência | Eficácia Perante a Adversidade | Auto-Eficácia Geral |
|------------------------|---------------------------|--------------------------------|---------------------|
| Mann-Whitney U | 432,000 | 408,500 | 424,500 |
| Wilcoxon W | 537,000 | 513,500 | 529,500 |
| Z | -1,478 | -1,728 | -1,553 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,139 | ,084 | ,120 |
| Exact Sig. (2-tailed) | ,141 | ,084 | ,122 |
| Exact Sig. (1-tailed) | ,071 | ,042 | ,061 |
| Point Probability | ,001 | ,000 | ,001 |

a. Grouping Variable: Fez tratamento para engravidar?

Group Statistics

| | tratamento p/ engravidar? | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|-----------------|---------------------------|----|-------|----------------|-----------------|
| Eficácia Social | sim | 14 | 20,79 | 2,992 | ,800 |
| | não | 82 | 21,27 | 3,978 | ,439 |

Independent Samples Test

| | | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|-----------------|-----------------------------|---|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|-------|
| | | | | | | | | | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | Lower | Upper |
| Eficácia Social | Equal variances assumed | ,985 | ,324 | -,433 | 94 | ,666 | -,483 | 1,115 | -2,697 | 1,732 |
| | Equal variances not assumed | | | -,529 | 21,717 | ,602 | -,483 | ,912 | -2,376 | 1,411 |

Ranks

| | | Agrupamento segundo IG | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|--------------------------------|--|-----------------------------|----|-----------|--------------|
| Iniciativa e Persistência | | Entre as 25 e as 29 semanas | 36 | 50,54 | 1819,50 |
| | | Entre as 30 e as 34 semanas | 60 | 47,28 | 2836,50 |
| | | Total | 96 | | |
| Eficácia Perante a Adversidade | | Entre as 25 e as 29 semanas | 36 | 52,96 | 1906,50 |
| | | Entre as 30 e as 34 semanas | 60 | 45,83 | 2749,50 |
| | | Total | 96 | | |
| Eficácia Social | | Entre as 25 e as 29 semanas | 36 | 47,10 | 1695,50 |
| | | Entre as 30 e as 34 semanas | 60 | 49,34 | 2960,50 |
| | | Total | 96 | | |
| Auto-Eficácia Geral | | Entre as 25 e as 29 semanas | 36 | 49,81 | 1793,00 |
| | | Entre as 30 e as 34 semanas | 60 | 47,72 | 2863,00 |
| | | Total | 96 | | |

Test Statistics^a

| | Iniciativa e Persistência | Eficácia Perante a Adversidade | Eficácia Social | Auto-Eficácia Geral |
|------------------------|---------------------------|--------------------------------|-----------------|---------------------|
| Mann-Whitney U | 1006,500 | 919,500 | 1029,500 | 1033,000 |
| Wilcoxon W | 2836,500 | 2749,500 | 1695,500 | 2863,000 |
| Z | -,558 | -1,222 | -,384 | -,356 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,577 | ,222 | ,701 | ,722 |
| Exact Sig. (2-tailed) | ,580 | ,224 | ,704 | ,725 |
| Exact Sig. (1-tailed) | ,290 | ,112 | ,352 | ,362 |
| Point Probability | ,001 | ,001 | ,001 | ,001 |

a. Grouping Variable: Agrupamento segundo IG

Ranks

| | Gravidez Singular ou Gemelar? | N | Mean Rank |
|--------------------------------|-------------------------------|----|-----------|
| Iniciativa e Persistência | singular | 87 | 49,10 |
| | gemelar | 7 | 39,00 |
| | trigemelar | 2 | 55,75 |
| Eficácia Perante a Adversidade | singular | 87 | 48,39 |
| | gemelar | 7 | 42,64 |
| | trigemelar | 2 | 73,75 |
| Eficácia Social | singular | 87 | 48,81 |
| | gemelar | 7 | 47,64 |
| | trigemelar | 2 | 38,00 |
| Auto-Eficácia Geral | singular | 87 | 48,70 |
| | gemelar | 7 | 44,79 |
| | Trigemelar | 2 | 52,75 |

Test Statistics^{a,b}

| | Iniciativa e Persistência | Eficácia Perante a Adversidade | Eficácia Social | Auto-Eficácia Geral |
|-------------|---------------------------|--------------------------------|-----------------|---------------------|
| Chi-Square | ,995 | 1,977 | ,304 | ,176 |
| Df | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Asymp. Sig. | ,608 | ,372 | ,859 | ,916 |

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Gravidez Singular ou Gemelar?

Tests of Normality

| | Gravidez de Risco? | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|--------------------------------|--------------------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Iniciativa e Persistência | sim | ,119 | 69 | ,018 | ,940 | 69 | ,003 |
| | não | ,217 | 27 | ,002 | ,822 | 27 | ,000 |
| Eficácia Perante a Adversidade | sim | ,170 | 69 | ,000 | ,928 | 69 | ,001 |
| | não | ,234 | 27 | ,001 | ,837 | 27 | ,001 |
| Eficácia Social | sim | ,096 | 69 | ,188 | ,971 | 69 | ,115 |
| | não | ,200 | 27 | ,007 | ,921 | 27 | ,042 |
| Auto-Eficácia Geral | sim | ,091 | 69 | ,200 | ,964 | 69 | ,047 |
| | não | ,224 | 27 | ,001 | ,848 | 27 | ,001 |

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test Statistics^a

| | Iniciativa e Persistência | Eficácia Perante a Adversidade | Eficácia Social | Auto-Eficácia Geral |
|------------------------|---------------------------|--------------------------------|-----------------|---------------------|
| Mann-Whitney U | 891,500 | 896,000 | 876,000 | 836,000 |
| Wilcoxon W | 3306,500 | 3311,000 | 3291,000 | 3251,000 |
| Z | -,327 | -,291 | -,454 | -,779 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,744 | ,771 | ,650 | ,436 |
| Exact Sig. (2-tailed) | ,747 | ,774 | ,653 | ,440 |
| Exact Sig. (1-tailed) | ,373 | ,387 | ,327 | ,220 |
| Point Probability | ,002 | ,002 | ,001 | ,001 |

a. Grouping Variable: Gravidez de Risco?

Test of Homogeneity of Variance

| | | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|--------------------------------|--------------------------------------|------------------|-----|--------|------|
| Iniciativa e Persistência | Based on Mean | 2,113 | 1 | 94 | ,149 |
| | Based on Median | ,735 | 1 | 94 | ,394 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,735 | 1 | 72,787 | ,394 |
| | Based on trimmed mean | 1,269 | 1 | 94 | ,263 |
| Eficácia Perante a Adversidade | Based on Mean | ,001 | 1 | 94 | ,979 |
| | Based on Median | ,004 | 1 | 94 | ,951 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,004 | 1 | 93,656 | ,951 |
| | Based on trimmed mean | ,000 | 1 | 94 | ,984 |
| Eficácia Social | Based on Mean | 1,568 | 1 | 94 | ,214 |
| | Based on Median | 2,306 | 1 | 94 | ,132 |
| | Based on Median and with adjusted df | 2,306 | 1 | 92,234 | ,132 |
| | Based on trimmed mean | 1,580 | 1 | 94 | ,212 |
| Auto-Eficácia Geral | Based on Mean | ,763 | 1 | 94 | ,384 |
| | Based on Median | ,406 | 1 | 94 | ,526 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,406 | 1 | 77,620 | ,526 |
| | Based on trimmed mean | ,441 | 1 | 94 | ,508 |

Questionário Brief COPE

Tests of Normality

| Grupo Alvo/ Grupo de Controlo | | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|-----------------------------------|-------------------------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Coping Activo | Grávidas Internadas | ,169 | 61 | ,000 | ,883 | 61 | ,000 |
| | Grávidas Não Internadas | ,220 | 35 | ,000 | ,866 | 35 | ,001 |
| Planear | Grávidas Internadas | ,169 | 61 | ,000 | ,881 | 61 | ,000 |
| | Grávidas Não Internadas | ,240 | 35 | ,000 | ,857 | 35 | ,000 |
| Utilizar suporte instrumental | Grávidas Internadas | ,132 | 61 | ,010 | ,916 | 61 | ,000 |
| | Grávidas Não Internadas | ,148 | 35 | ,052 | ,940 | 35 | ,058 |
| Utilizar suporte social emocional | Grávidas Internadas | ,256 | 61 | ,000 | ,795 | 61 | ,000 |
| | Grávidas Não Internadas | ,231 | 35 | ,000 | ,855 | 35 | ,000 |
| Religião | Grávidas Internadas | ,185 | 61 | ,000 | ,844 | 61 | ,000 |
| | Grávidas Não Internadas | ,208 | 35 | ,001 | ,853 | 35 | ,000 |
| Reinterpretação positiva | Grávidas Internadas | ,169 | 61 | ,000 | ,899 | 61 | ,000 |
| | Grávidas Não Internadas | ,156 | 35 | ,030 | ,931 | 35 | ,030 |
| Auto-culpabilização | Grávidas Internadas | ,199 | 61 | ,000 | ,863 | 61 | ,000 |
| | Grávidas Não Internadas | ,265 | 35 | ,000 | ,856 | 35 | ,000 |

| | | | | | | | |
|--|-------------------------|------|----|------|------|----|------|
| Aceitação | Grávidas Internadas | ,180 | 61 | ,000 | ,892 | 61 | ,000 |
| | Grávidas Não Internadas | ,272 | 35 | ,000 | ,892 | 35 | ,002 |
| Expressão de sentimentos | Grávidas Internadas | ,179 | 61 | ,000 | ,903 | 61 | ,000 |
| | Grávidas Não Internadas | ,156 | 35 | ,031 | ,913 | 35 | ,009 |
| Negação | Grávidas Internadas | ,184 | 61 | ,000 | ,874 | 61 | ,000 |
| | Grávidas Não Internadas | ,224 | 35 | ,000 | ,810 | 35 | ,000 |
| Auto distração | Grávidas Internadas | ,188 | 61 | ,000 | ,888 | 61 | ,000 |
| | Grávidas Não Internadas | ,165 | 35 | ,017 | ,917 | 35 | ,012 |
| Desinvestimento comportamental | Grávidas Internadas | ,500 | 61 | ,000 | ,433 | 61 | ,000 |
| | Grávidas Não Internadas | ,493 | 35 | ,000 | ,405 | 35 | ,000 |
| Uso de substâncias (medicamentos/alcool) | Grávidas Internadas | ,540 | 61 | ,000 | ,173 | 61 | ,000 |
| | Grávidas Não Internadas | ,528 | 35 | ,000 | ,316 | 35 | ,000 |
| Humor | Grávidas Internadas | ,175 | 61 | ,000 | ,891 | 61 | ,000 |
| | Grávidas Não Internadas | ,232 | 35 | ,000 | ,841 | 35 | ,000 |

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

| | | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------|-----|--------|------|
| Coping Activo | Based on Mean | 1,152 | 1 | 94 | ,286 |
| | Based on Median | 1,035 | 1 | 94 | ,312 |
| | Based on Median and with adjusted df | 1,035 | 1 | 93,961 | ,312 |
| | Based on trimmed mean | 1,232 | 1 | 94 | ,270 |
| Planear | Based on Mean | ,118 | 1 | 94 | ,732 |
| | Based on Median | ,062 | 1 | 94 | ,803 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,062 | 1 | 87,604 | ,803 |
| | Based on trimmed mean | ,110 | 1 | 94 | ,741 |
| Utilizar suporte instrumental | Based on Mean | 2,249 | 1 | 94 | ,137 |
| | Based on Median | 2,309 | 1 | 94 | ,132 |
| | Based on Median and with adjusted df | 2,309 | 1 | 93,542 | ,132 |
| | Based on trimmed mean | 2,329 | 1 | 94 | ,130 |
| Utilizar suporte social emocional | Based on Mean | ,084 | 1 | 94 | ,772 |
| | Based on Median | ,237 | 1 | 94 | ,628 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,237 | 1 | 92,859 | ,628 |
| | Based on trimmed mean | ,174 | 1 | 94 | ,677 |
| Religião | Based on Mean | 5,989 | 1 | 94 | ,016 |
| | Based on Median | 5,873 | 1 | 94 | ,017 |
| | Based on Median and with adjusted df | 5,873 | 1 | 93,417 | ,017 |
| | Based on trimmed mean | 5,927 | 1 | 94 | ,017 |
| Reinterpretação positiva | Based on Mean | 1,209 | 1 | 94 | ,274 |
| | Based on Median | 1,304 | 1 | 94 | ,256 |

| | | | | | |
|--|--------------------------------------|-------|---|--------|------|
| | Based on Median and with adjusted df | 1,304 | 1 | 93,984 | ,256 |
| | Based on trimmed mean | 1,092 | 1 | 94 | ,299 |
| Auto-culpabilização | Based on Mean | 1,250 | 1 | 94 | ,266 |
| | Based on Median | 2,065 | 1 | 94 | ,154 |
| | Based on Median and with adjusted df | 2,065 | 1 | 93,546 | ,154 |
| | Based on trimmed mean | 1,328 | 1 | 94 | ,252 |
| Aceitação | Based on Mean | ,006 | 1 | 94 | ,940 |
| | Based on Median | ,357 | 1 | 94 | ,552 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,357 | 1 | 90,564 | ,552 |
| | Based on trimmed mean | ,032 | 1 | 94 | ,857 |
| Expressão de sentimentos | Based on Mean | ,738 | 1 | 94 | ,392 |
| | Based on Median | ,233 | 1 | 94 | ,631 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,233 | 1 | 93,997 | ,631 |
| | Based on trimmed mean | ,698 | 1 | 94 | ,406 |
| Negação | Based on Mean | ,438 | 1 | 94 | ,510 |
| | Based on Median | ,757 | 1 | 94 | ,387 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,757 | 1 | 86,929 | ,387 |
| | Based on trimmed mean | ,371 | 1 | 94 | ,544 |
| Auto distração | Based on Mean | 7,658 | 1 | 94 | ,007 |
| | Based on Median | 7,360 | 1 | 94 | ,008 |
| | Based on Median and with adjusted df | 7,360 | 1 | 93,350 | ,008 |
| | Based on trimmed mean | 7,957 | 1 | 94 | ,006 |
| Desinvestimento comportamental | Based on Mean | ,453 | 1 | 94 | ,502 |
| | Based on Median | ,098 | 1 | 94 | ,755 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,098 | 1 | 93,208 | ,755 |
| | Based on trimmed mean | ,346 | 1 | 94 | ,558 |
| Uso de substâncias (medicamentos/alcool) | Based on Mean | ,004 | 1 | 94 | ,952 |
| | Based on Median | ,007 | 1 | 94 | ,932 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,007 | 1 | 85,599 | ,932 |
| | Based on trimmed mean | ,143 | 1 | 94 | ,707 |
| Humor | Based on Mean | 1,579 | 1 | 94 | ,212 |
| | Based on Median | ,976 | 1 | 94 | ,326 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,976 | 1 | 89,053 | ,326 |
| | Based on trimmed mean | 1,353 | 1 | 94 | ,248 |

Ranks

| | Grupo Alvo/ Grupo de Controlo | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|-------------------------------|-------------------------------|----|-----------|--------------|
| Coping Activo | Grávidas Internadas | 61 | 47,69 | 2909,00 |
| | Grávidas Não Internadas | 35 | 49,91 | 1747,00 |
| Planear | Grávidas Internadas | 61 | 49,56 | 3023,00 |
| | Grávidas Não Internadas | 35 | 46,66 | 1633,00 |
| Utilizar suporte instrumental | Grávidas Internadas | 61 | 44,34 | 2704,50 |
| | Grávidas Não Internadas | 35 | 55,76 | 1951,50 |

| | | | | |
|--|-------------------------|----|-------|---------|
| Utilizar suporte social emocional | Grávidas Internadas | 61 | 50,11 | 3056,50 |
| | Grávidas Não Internadas | 35 | 45,70 | 1599,50 |
| Religião | Grávidas Internadas | 61 | 52,92 | 3228,00 |
| | Grávidas Não Internadas | 35 | 40,80 | 1428,00 |
| Reinterpretação positiva | Grávidas Internadas | 61 | 53,80 | 3281,50 |
| | Grávidas Não Internadas | 35 | 39,27 | 1374,50 |
| Auto-culpabilização | Grávidas Internadas | 61 | 49,93 | 3045,50 |
| | Grávidas Não Internadas | 35 | 46,01 | 1610,50 |
| Aceitação | Grávidas Internadas | 61 | 54,74 | 3339,00 |
| | Grávidas Não Internadas | 35 | 37,63 | 1317,00 |
| Expressão de sentimentos | Grávidas Internadas | 61 | 48,99 | 2988,50 |
| | Grávidas Não Internadas | 35 | 47,64 | 1667,50 |
| Negação | Grávidas Internadas | 61 | 50,25 | 3065,50 |
| | Grávidas Não Internadas | 35 | 45,44 | 1590,50 |
| Auto distração | Grávidas Internadas | 61 | 51,28 | 3128,00 |
| | Grávidas Não Internadas | 35 | 43,66 | 1528,00 |
| Desinvestimento comportamental | Grávidas Internadas | 61 | 48,66 | 2968,50 |
| | Grávidas Não Internadas | 35 | 48,21 | 1687,50 |
| Uso de substâncias (medicamentos/alcool) | Grávidas Internadas | 61 | 47,62 | 2905,00 |
| | Grávidas Não Internadas | 35 | 50,03 | 1751,00 |
| Humor | Grávidas Internadas | 61 | 52,10 | 3178,00 |
| | Grávidas Não Internadas | 35 | 42,23 | 1478,00 |

Test Statistics^a

| | Mann-Whitney U | Wilcoxon W | Z | Asymp. Sig. (2-tailed) | Exact Sig. (2-tailed) | Exact Sig. (1-tailed) | Point Probability |
|--|----------------|------------|--------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| Coping Activo | 1018,000 | 2909,000 | -,386 | ,699 | ,702 | ,351 | ,002 |
| Planear | 1003,000 | 1633,000 | -,506 | ,613 | ,616 | ,308 | ,002 |
| Utilizar suporte instrumental | 813,500 | 2704,500 | -1,958 | ,050 | ,050 | ,025 | ,000 |
| Utilizar suporte social emocional | 969,500 | 1599,500 | -,786 | ,432 | ,436 | ,218 | ,002 |
| Religião | 798,000 | 1428,000 | -2,097 | ,036 | ,036 | ,018 | ,000 |
| Reinterpretação positiva | 744,500 | 1374,500 | -2,505 | ,012 | ,012 | ,006 | ,000 |
| Auto-culpabilização | 980,500 | 1610,500 | -,677 | ,498 | ,502 | ,251 | ,001 |
| Aceitação | 687,000 | 1317,000 | -2,993 | ,003 | ,002 | ,001 | ,000 |
| Expressão de sentimentos | 1037,500 | 1667,500 | -,233 | ,816 | ,819 | ,409 | ,002 |
| Negação | 960,500 | 1590,500 | -,835 | ,404 | ,407 | ,203 | ,001 |
| Auto distração | 898,000 | 1528,000 | -1,317 | ,188 | ,189 | ,094 | ,001 |
| Desinvestimento comportamental | 1057,500 | 1687,500 | -,124 | ,901 | ,834 | ,432 | ,014 |
| Uso de substâncias (medicamentos/alcool) | 1014,000 | 2905,000 | -1,058 | ,290 | ,351 | ,254 | ,020 |
| Humor | 848,000 | 1478,000 | -1,720 | ,085 | ,087 | ,045 | ,001 |

a. Grouping Variable: Grupo Alvo/ Grupo de Controlo

Tests of Normality

| | A Gravidez actual foi desejada? | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|----|-------------------|--------------|----|------|
| | | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Coping Activo | sim | ,184 | 88 | ,000 | ,879 | 88 | ,000 |
| | não | ,247 | 8 | ,162 | ,843 | 8 | ,080 |
| Planear | sim | ,177 | 88 | ,000 | ,884 | 88 | ,000 |
| | não | ,220 | 8 | ,200 [*] | ,917 | 8 | ,408 |
| Utilizar suporte instrumental | sim | ,116 | 88 | ,005 | ,928 | 88 | ,000 |
| | não | ,166 | 8 | ,200 [*] | ,935 | 8 | ,561 |
| Utilizar suporte social emocional | sim | ,242 | 88 | ,000 | ,817 | 88 | ,000 |
| | não | ,316 | 8 | ,018 | ,772 | 8 | ,014 |
| Religião | sim | ,162 | 88 | ,000 | ,864 | 88 | ,000 |
| | não | ,261 | 8 | ,116 | ,721 | 8 | ,004 |
| Reinterpretação positiva | sim | ,166 | 88 | ,000 | ,911 | 88 | ,000 |
| | não | ,193 | 8 | ,200 [*] | ,920 | 8 | ,428 |
| Auto-culpabilização | sim | ,189 | 88 | ,000 | ,864 | 88 | ,000 |
| | não | ,168 | 8 | ,200 [*] | ,910 | 8 | ,356 |
| Aceitação | sim | ,210 | 88 | ,000 | ,908 | 88 | ,000 |
| | não | ,262 | 8 | ,114 | ,877 | 8 | ,178 |
| Expressão de sentimentos | sim | ,167 | 88 | ,000 | ,914 | 88 | ,000 |
| | não | ,227 | 8 | ,200 [*] | ,855 | 8 | ,107 |
| Negação | sim | ,181 | 88 | ,000 | ,860 | 88 | ,000 |
| | não | ,225 | 8 | ,200 [*] | ,841 | 8 | ,076 |
| Auto distração | sim | ,156 | 88 | ,000 | ,900 | 88 | ,000 |
| | não | ,262 | 8 | ,112 | ,916 | 8 | ,397 |
| Desinvestimento comportamental | sim | ,509 | 88 | ,000 | ,391 | 88 | ,000 |
| | não | ,347 | 8 | ,005 | ,676 | 8 | ,001 |
| Uso de substâncias (medicamentos/alcool) | sim | ,536 | 88 | ,000 | ,208 | 88 | ,000 |
| | não | ,513 | 8 | ,000 | ,418 | 8 | ,000 |
| Humor | sim | ,171 | 88 | ,000 | ,886 | 88 | ,000 |
| | não | ,313 | 8 | ,021 | ,803 | 8 | ,031 |

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variance

| | | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|-------------------------------|--------------------------------------|------------------|-----|--------|------|
| Coping Activo | Based on Mean | ,029 | 1 | 94 | ,865 |
| | Based on Median | ,013 | 1 | 94 | ,908 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,013 | 1 | 93,982 | ,908 |
| | Based on trimmed mean | ,010 | 1 | 94 | ,919 |
| Planear | Based on Mean | ,976 | 1 | 94 | ,326 |
| | Based on Median | ,845 | 1 | 94 | ,360 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,845 | 1 | 92,117 | ,360 |
| | Based on trimmed mean | ,980 | 1 | 94 | ,325 |
| Utilizar suporte instrumental | Based on Mean | ,228 | 1 | 94 | ,634 |
| | Based on Median | ,210 | 1 | 94 | ,648 |

| | | | | | |
|--|--------------------------------------|-------|---|--------|-------|
| | Based on Median and with adjusted df | ,210 | 1 | 93,831 | ,648 |
| | Based on trimmed mean | ,231 | 1 | 94 | ,632 |
| Utilizar suporte social emocional | Based on Mean | ,359 | 1 | 94 | ,550 |
| | Based on Median | ,142 | 1 | 94 | ,707 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,142 | 1 | 88,996 | ,707 |
| | Based on trimmed mean | ,292 | 1 | 94 | ,590 |
| Religião | Based on Mean | ,040 | 1 | 94 | ,842 |
| | Based on Median | ,030 | 1 | 94 | ,863 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,030 | 1 | 79,179 | ,863 |
| | Based on trimmed mean | ,015 | 1 | 94 | ,902 |
| Reinterpretação positiva | Based on Mean | ,243 | 1 | 94 | ,623 |
| | Based on Median | ,118 | 1 | 94 | ,732 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,118 | 1 | 91,636 | ,732 |
| | Based on trimmed mean | ,174 | 1 | 94 | ,677 |
| Auto-culpabilização | Based on Mean | 1,323 | 1 | 94 | ,253 |
| | Based on Median | 1,204 | 1 | 94 | ,275 |
| | Based on Median and with adjusted df | 1,204 | 1 | 93,890 | ,275 |
| | Based on trimmed mean | 1,305 | 1 | 94 | ,256 |
| Aceitação | Based on Mean | ,085 | 1 | 94 | ,772 |
| | Based on Median | ,272 | 1 | 94 | ,603 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,272 | 1 | 93,996 | ,603 |
| | Based on trimmed mean | ,115 | 1 | 94 | ,736 |
| Expressão de sentimentos | Based on Mean | ,008 | 1 | 94 | ,931 |
| | Based on Median | ,000 | 1 | 94 | 1,000 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,000 | 1 | 93,849 | 1,000 |
| | Based on trimmed mean | ,007 | 1 | 94 | ,934 |
| Negação | Based on Mean | 3,880 | 1 | 94 | ,052 |
| | Based on Median | 3,532 | 1 | 94 | ,063 |
| | Based on Median and with adjusted df | 3,532 | 1 | 91,698 | ,063 |
| | Based on trimmed mean | 3,820 | 1 | 94 | ,054 |
| Auto distração | Based on Mean | ,239 | 1 | 94 | ,626 |
| | Based on Median | ,110 | 1 | 94 | ,741 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,110 | 1 | 91,858 | ,741 |
| | Based on trimmed mean | ,224 | 1 | 94 | ,637 |
| Desinvestimento comportamental | Based on Mean | 1,099 | 1 | 94 | ,297 |
| | Based on Median | 1,037 | 1 | 94 | ,311 |
| | Based on Median and with adjusted df | 1,037 | 1 | 92,394 | ,311 |
| | Based on trimmed mean | 1,567 | 1 | 94 | ,214 |
| Uso de substâncias (medicamentos/alcool) | Based on Mean | ,036 | 1 | 94 | ,849 |
| | Based on Median | ,002 | 1 | 94 | ,962 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,002 | 1 | 90,429 | ,962 |
| | Based on trimmed mean | ,046 | 1 | 94 | ,830 |

| | | | | | |
|-------|--------------------------------------|------|---|--------|------|
| Humor | Based on Mean | ,004 | 1 | 94 | ,947 |
| | Based on Median | ,023 | 1 | 94 | ,879 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,023 | 1 | 92,566 | ,879 |
| | Based on trimmed mean | ,015 | 1 | 94 | ,904 |

Test Statistics^a

| | Mann-Whitney U | Wilcoxon W | Z | Asymp. Sig. (2-tailed) | Exact Sig. (2-tailed) | Exact Sig. (1-tailed) | Point Probability |
|--|----------------|------------|--------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| Coping Activo | 319,000 | 4235,000 | -,449 | ,654 | ,663 | ,334 | ,004 |
| Planejar | 311,500 | 4227,500 | -,553 | ,580 | ,582 | ,294 | ,023 |
| Utilizar suporte instrumental | 291,500 | 4207,500 | -,812 | ,417 | ,427 | ,214 | ,005 |
| Utilizar suporte social emocional | 332,000 | 4248,000 | -,279 | ,780 | ,796 | ,404 | ,014 |
| Religião | 269,000 | 305,000 | -1,125 | ,261 | ,269 | ,136 | ,006 |
| Reinterpretação positiva | 331,000 | 367,000 | -,284 | ,777 | ,782 | ,396 | ,012 |
| Auto-culpabilização | 253,000 | 4169,000 | -1,342 | ,180 | ,183 | ,094 | ,003 |
| Aceitação | 309,000 | 4225,000 | -,589 | ,556 | ,567 | ,288 | ,011 |
| Expressão de sentimentos | 259,500 | 4175,500 | -1,250 | ,211 | ,224 | ,114 | ,006 |
| Negação | 211,000 | 4127,000 | -1,916 | ,055 | ,054 | ,028 | ,000 |
| Auto distração | 314,000 | 4230,000 | -,514 | ,607 | ,618 | ,316 | ,004 |
| Desinvestimento comportamental | 270,500 | 4186,500 | -1,761 | ,078 | ,083 | ,083 | ,004 |
| Uso de substâncias (medicamentos/alcool) | 326,000 | 4242,000 | -,895 | ,371 | ,359 | ,359 | ,061 |
| Humor | 280,000 | 316,000 | -,982 | ,326 | ,346 | ,166 | ,015 |

a. Grouping Variable: A Gravidez actual foi desejada?

Tests of Normality

| | A Gravidez actual foi planeada? | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Coping Activo | sim | ,159 | 70 | ,000 | ,897 | 70 | ,000 |
| | não | ,198 | 26 | ,010 | ,836 | 26 | ,001 |
| Planejar | sim | ,191 | 70 | ,000 | ,889 | 70 | ,000 |
| | não | ,196 | 26 | ,011 | ,872 | 26 | ,004 |
| Utilizar suporte instrumental | sim | ,120 | 70 | ,014 | ,936 | 70 | ,001 |
| | não | ,118 | 26 | ,200 | ,909 | 26 | ,025 |
| Utilizar suporte social emocional | sim | ,267 | 70 | ,000 | ,816 | 70 | ,000 |
| | não | ,214 | 26 | ,003 | ,806 | 26 | ,000 |
| Religião | sim | ,171 | 70 | ,000 | ,857 | 70 | ,000 |
| | não | ,168 | 26 | ,057 | ,848 | 26 | ,001 |
| Reinterpretação positiva | sim | ,182 | 70 | ,000 | ,926 | 70 | ,000 |
| | não | ,188 | 26 | ,018 | ,866 | 26 | ,003 |
| Auto-culpabilização | sim | ,207 | 70 | ,000 | ,853 | 70 | ,000 |
| | não | ,167 | 26 | ,060 | ,885 | 26 | ,008 |
| Aceitação | sim | ,210 | 70 | ,000 | ,921 | 70 | ,000 |
| | não | ,235 | 26 | ,001 | ,848 | 26 | ,001 |

| | | | | | | | |
|--|-----|------|----|------|------|----|------|
| Expressão de sentimentos | sim | ,173 | 70 | ,000 | ,908 | 70 | ,000 |
| | não | ,164 | 26 | ,069 | ,910 | 26 | ,026 |
| Negação | sim | ,177 | 70 | ,000 | ,873 | 70 | ,000 |
| | não | ,184 | 26 | ,024 | ,827 | 26 | ,001 |
| Auto distração | sim | ,149 | 70 | ,001 | ,906 | 70 | ,000 |
| | não | ,206 | 26 | ,006 | ,893 | 26 | ,011 |
| Desinvestimento comportamental | sim | ,508 | 70 | ,000 | ,400 | 70 | ,000 |
| | não | ,468 | 26 | ,000 | ,486 | 26 | ,000 |
| Uso de substâncias (medicamentos/alcool) | sim | ,535 | 70 | ,000 | ,201 | 70 | ,000 |
| | não | ,518 | 26 | ,000 | ,263 | 26 | ,000 |
| Humor | sim | ,190 | 70 | ,000 | ,872 | 70 | ,000 |
| | não | ,165 | 26 | ,067 | ,907 | 26 | ,023 |

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variance

| | | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------|-----|--------|------|
| Coping Activo | Based on Mean | 2,049 | 1 | 94 | ,156 |
| | Based on Median | 1,209 | 1 | 94 | ,274 |
| | Based on Median and with adjusted df | 1,209 | 1 | 79,703 | ,275 |
| | Based on trimmed mean | 1,770 | 1 | 94 | ,187 |
| Planear | Based on Mean | 2,871 | 1 | 94 | ,093 |
| | Based on Median | 2,458 | 1 | 94 | ,120 |
| | Based on Median and with adjusted df | 2,458 | 1 | 92,732 | ,120 |
| | Based on trimmed mean | 2,881 | 1 | 94 | ,093 |
| Utilizar suporte instrumental | Based on Mean | ,588 | 1 | 94 | ,445 |
| | Based on Median | ,685 | 1 | 94 | ,410 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,685 | 1 | 93,376 | ,410 |
| | Based on trimmed mean | ,577 | 1 | 94 | ,450 |
| Utilizar suporte social emocional | Based on Mean | ,178 | 1 | 94 | ,674 |
| | Based on Median | ,330 | 1 | 94 | ,567 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,330 | 1 | 91,069 | ,567 |
| | Based on trimmed mean | ,226 | 1 | 94 | ,636 |
| Religião | Based on Mean | ,447 | 1 | 94 | ,506 |
| | Based on Median | ,685 | 1 | 94 | ,410 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,685 | 1 | 91,955 | ,410 |
| | Based on trimmed mean | ,476 | 1 | 94 | ,492 |
| Reinterpretação positiva | Based on Mean | 1,407 | 1 | 94 | ,239 |
| | Based on Median | 1,746 | 1 | 94 | ,190 |
| | Based on Median and with adjusted df | 1,746 | 1 | 93,972 | ,190 |
| | Based on trimmed mean | 1,521 | 1 | 94 | ,221 |
| Auto-culpabilização | Based on Mean | ,024 | 1 | 94 | ,878 |
| | Based on Median | ,004 | 1 | 94 | ,950 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,004 | 1 | 89,677 | ,950 |
| | Based on trimmed mean | ,005 | 1 | 94 | ,943 |

| | | | | | |
|--|--------------------------------------|-------|---|--------|------|
| Aceitação | Based on Mean | ,165 | 1 | 94 | ,686 |
| | Based on Median | ,142 | 1 | 94 | ,707 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,142 | 1 | 93,347 | ,707 |
| | Based on trimmed mean | ,314 | 1 | 94 | ,577 |
| Expressão de sentimentos | Based on Mean | ,023 | 1 | 94 | ,880 |
| | Based on Median | ,019 | 1 | 94 | ,892 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,019 | 1 | 93,683 | ,892 |
| | Based on trimmed mean | ,023 | 1 | 94 | ,879 |
| Negação | Based on Mean | 5,623 | 1 | 94 | ,020 |
| | Based on Median | 3,509 | 1 | 94 | ,064 |
| | Based on Median and with adjusted df | 3,509 | 1 | 86,983 | ,064 |
| | Based on trimmed mean | 5,136 | 1 | 94 | ,026 |
| Auto distração | Based on Mean | ,199 | 1 | 94 | ,657 |
| | Based on Median | ,126 | 1 | 94 | ,723 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,126 | 1 | 93,341 | ,723 |
| | Based on trimmed mean | ,189 | 1 | 94 | ,665 |
| Desinvestimento comportamental | Based on Mean | 1,421 | 1 | 94 | ,236 |
| | Based on Median | ,463 | 1 | 94 | ,498 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,463 | 1 | 89,697 | ,498 |
| | Based on trimmed mean | 1,187 | 1 | 94 | ,279 |
| Uso de substâncias (medicamentos/alcool) | Based on Mean | 1,018 | 1 | 94 | ,316 |
| | Based on Median | ,277 | 1 | 94 | ,600 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,277 | 1 | 84,977 | ,600 |
| | Based on trimmed mean | ,493 | 1 | 94 | ,484 |
| Humor | Based on Mean | ,236 | 1 | 94 | ,628 |
| | Based on Median | ,364 | 1 | 94 | ,548 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,364 | 1 | 92,931 | ,548 |
| | Based on trimmed mean | ,277 | 1 | 94 | ,600 |

Test Statistics^a

| | Mann-Whitney U | Wilcoxon W | Z | Asymp. Sig. (2-tailed) | Exact Sig. (2-tailed) | Exact Sig. (1-tailed) | Point Probability |
|-----------------------------------|----------------|------------|--------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| Coping Activo | 859,500 | 3344,500 | -,427 | ,669 | ,673 | ,337 | ,001 |
| Planear | 900,500 | 1251,500 | -,081 | ,936 | ,938 | ,469 | ,001 |
| Utilizar suporte instrumental | 883,000 | 1234,000 | -,225 | ,822 | ,825 | ,412 | ,002 |
| Utilizar suporte social emocional | 845,000 | 1196,000 | -,564 | ,573 | ,578 | ,288 | ,003 |
| Religião | 837,500 | 3322,500 | -,611 | ,541 | ,545 | ,272 | ,002 |
| Reinterpretação positiva | 783,000 | 3268,000 | -1,067 | ,286 | ,290 | ,145 | ,001 |
| Auto-culpabilização | 877,500 | 3362,500 | -,274 | ,784 | ,787 | ,393 | ,002 |
| Aceitação | 708,000 | 3193,000 | -1,721 | ,085 | ,086 | ,043 | ,000 |
| Expressão de sentimentos | 906,500 | 3391,500 | -,029 | ,977 | ,979 | ,490 | ,002 |
| Negação | 812,000 | 3297,000 | -,828 | ,408 | ,411 | ,205 | ,001 |
| Auto distração | 894,500 | 1245,500 | -,130 | ,896 | ,899 | ,448 | ,002 |

| | | | | | | | |
|--|---------|----------|-------|------|------|------|------|
| Desinvestimento comportamental | 853,000 | 3338,000 | -,766 | ,444 | ,447 | ,243 | ,016 |
| Uso de substâncias (medicamentos/alcool) | 879,500 | 3364,500 | -,653 | ,514 | ,523 | ,325 | ,058 |
| Humor | 870,500 | 3355,500 | -,335 | ,737 | ,743 | ,377 | ,002 |

a. Grouping Variable: A Gravidez actual foi planeada?

Tests of Normality^b

| | Fez tratamento para engravidar? | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Coping Activo | sim | ,165 | 14 | ,200 | ,901 | 14 | ,117 |
| | não | ,180 | 82 | ,000 | ,876 | 82 | ,000 |
| Planear | sim | ,180 | 14 | ,200 | ,923 | 14 | ,241 |
| | não | ,182 | 82 | ,000 | ,876 | 82 | ,000 |
| Utilizar suporte instrumental | sim | ,293 | 14 | ,002 | ,855 | 14 | ,026 |
| | não | ,140 | 82 | ,000 | ,924 | 82 | ,000 |
| Utilizar suporte social emocional | sim | ,257 | 14 | ,013 | ,830 | 14 | ,012 |
| | não | ,246 | 82 | ,000 | ,814 | 82 | ,000 |
| Religião | sim | ,232 | 14 | ,040 | ,850 | 14 | ,022 |
| | não | ,166 | 82 | ,000 | ,855 | 82 | ,000 |
| Reinterpretação positiva | sim | ,184 | 14 | ,200 | ,926 | 14 | ,266 |
| | não | ,151 | 82 | ,000 | ,914 | 82 | ,000 |
| Auto-culpabilização | sim | ,155 | 14 | ,200 | ,913 | 14 | ,176 |
| | não | ,197 | 82 | ,000 | ,852 | 82 | ,000 |
| Aceitação | sim | ,282 | 14 | ,004 | ,905 | 14 | ,134 |
| | não | ,206 | 82 | ,000 | ,900 | 82 | ,000 |
| Expressão de sentimentos | sim | ,263 | 14 | ,010 | ,891 | 14 | ,085 |
| | não | ,154 | 82 | ,000 | ,908 | 82 | ,000 |
| Negação | sim | ,182 | 14 | ,200 | ,952 | 14 | ,589 |
| | não | ,185 | 82 | ,000 | ,841 | 82 | ,000 |
| Auto distração | sim | ,180 | 14 | ,200 | ,899 | 14 | ,108 |
| | não | ,170 | 82 | ,000 | ,905 | 82 | ,000 |
| Desinvestimento comportamental | sim | ,486 | 14 | ,000 | ,389 | 14 | ,000 |
| | não | ,500 | 82 | ,000 | ,431 | 82 | ,000 |
| Uso de substâncias (medicamentos/alcool) | não | ,529 | 82 | ,000 | ,241 | 82 | ,000 |
| Humor | sim | ,165 | 14 | ,200 | ,912 | 14 | ,170 |
| | não | ,186 | 82 | ,000 | ,880 | 82 | ,000 |

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

b. Uso de substâncias (medicamentos/alcool) is constant when Fez tratamento para engravidar? = sim. It has been omitted.

Test of Homogeneity of Variance^b

| | | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|---------------|--------------------------------------|------------------|-----|--------|------|
| Coping Activo | Based on Mean | ,542 | 1 | 94 | ,463 |
| | Based on Median | ,454 | 1 | 94 | ,502 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,454 | 1 | 88,639 | ,502 |
| | Based on trimmed mean | ,596 | 1 | 94 | ,442 |

| | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-------|---|--------|------|
| Planejar | Based on Mean | ,188 | 1 | 94 | ,665 |
| | Based on Median | ,066 | 1 | 94 | ,798 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,066 | 1 | 89,445 | ,798 |
| | Based on trimmed mean | ,162 | 1 | 94 | ,688 |
| Utilizar suporte instrumental | Based on Mean | 1,468 | 1 | 94 | ,229 |
| | Based on Median | 2,243 | 1 | 94 | ,138 |
| | Based on Median and with adjusted df | 2,243 | 1 | 92,617 | ,138 |
| | Based on trimmed mean | 1,430 | 1 | 94 | ,235 |
| Utilizar suporte social emocional | Based on Mean | ,439 | 1 | 94 | ,509 |
| | Based on Median | ,155 | 1 | 94 | ,694 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,155 | 1 | 88,575 | ,694 |
| | Based on trimmed mean | ,342 | 1 | 94 | ,560 |
| Religião | Based on Mean | ,137 | 1 | 94 | ,713 |
| | Based on Median | ,004 | 1 | 94 | ,950 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,004 | 1 | 90,863 | ,950 |
| | Based on trimmed mean | ,145 | 1 | 94 | ,704 |
| Reinterpretação positiva | Based on Mean | ,973 | 1 | 94 | ,326 |
| | Based on Median | ,551 | 1 | 94 | ,460 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,551 | 1 | 91,212 | ,460 |
| | Based on trimmed mean | 1,021 | 1 | 94 | ,315 |
| Auto-culpabilização | Based on Mean | 1,571 | 1 | 94 | ,213 |
| | Based on Median | 1,138 | 1 | 94 | ,289 |
| | Based on Median and with adjusted df | 1,138 | 1 | 91,247 | ,289 |
| | Based on trimmed mean | 1,565 | 1 | 94 | ,214 |
| Aceitação | Based on Mean | ,761 | 1 | 94 | ,385 |
| | Based on Median | 1,168 | 1 | 94 | ,283 |
| | Based on Median and with adjusted df | 1,168 | 1 | 93,969 | ,283 |
| | Based on trimmed mean | 1,021 | 1 | 94 | ,315 |
| Expressão de sentimentos | Based on Mean | ,853 | 1 | 94 | ,358 |
| | Based on Median | 1,193 | 1 | 94 | ,277 |
| | Based on Median and with adjusted df | 1,193 | 1 | 92,602 | ,277 |
| | Based on trimmed mean | ,918 | 1 | 94 | ,340 |
| Negação | Based on Mean | ,313 | 1 | 94 | ,577 |
| | Based on Median | ,310 | 1 | 94 | ,579 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,310 | 1 | 92,950 | ,579 |
| | Based on trimmed mean | ,324 | 1 | 94 | ,571 |
| Auto distração | Based on Mean | ,260 | 1 | 94 | ,611 |
| | Based on Median | ,102 | 1 | 94 | ,750 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,102 | 1 | 93,735 | ,750 |
| | Based on trimmed mean | ,232 | 1 | 94 | ,631 |
| Desinvestimento comportamental | Based on Mean | ,129 | 1 | 94 | ,720 |
| | Based on Median | ,025 | 1 | 94 | ,875 |

| | | | | | |
|--|--------------------------------------|------|---|--------|------|
| | Based on Median and with adjusted df | ,025 | 1 | 90,267 | ,875 |
| | Based on trimmed mean | ,036 | 1 | 94 | ,851 |
| Uso de substâncias (medicamentos/alcool) | Based on Mean | a | | | |
| Humor | Based on Mean | ,069 | 1 | 94 | ,794 |
| | Based on Median | ,044 | 1 | 94 | ,835 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,044 | 1 | 93,560 | ,835 |
| | Based on trimmed mean | ,069 | 1 | 94 | ,794 |

a. There are not enough unique spread/level pairs to compute the Levene statistic.

b. Uso de substâncias (medicamentos/alcool) is constant when Fez tratamento para engravidar? = sim. It has been omitted.

Test Statistics^a

| | Mann-Whitney U | Wilcoxon W | Z | Asymp. Sig. (2-tailed) | Exact Sig. (2-tailed) | Exact Sig. (1-tailed) | Point Probability |
|--|----------------|------------|--------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| Coping Activo | 550,000 | 3953,000 | -,255 | ,798 | ,805 | ,403 | ,005 |
| Planear | 554,000 | 659,000 | -,214 | ,831 | ,841 | ,419 | ,006 |
| Utilizar suporte instrumental | 414,000 | 3817,000 | -1,682 | ,093 | ,093 | ,047 | ,001 |
| Utilizar suporte social emocional | 574,000 | 3977,000 | ,000 | 1,000 | 1,000 | ,500 | ,006 |
| Religião | 516,000 | 3919,000 | -,615 | ,538 | ,543 | ,273 | ,003 |
| Reinterpretação positiva | 500,500 | 605,500 | -,777 | ,437 | ,442 | ,219 | ,002 |
| Auto-culpabilização | 439,000 | 3842,000 | -1,433 | ,152 | ,153 | ,078 | ,001 |
| Aceitação | 486,500 | 591,500 | -,939 | ,348 | ,354 | ,176 | ,001 |
| Expressão de sentimentos | 559,000 | 3962,000 | -,159 | ,874 | ,877 | ,440 | ,003 |
| Negação | 442,000 | 3845,000 | -1,404 | ,160 | ,163 | ,082 | ,001 |
| Auto distração | 548,500 | 653,500 | -,270 | ,787 | ,796 | ,401 | ,003 |
| Desinvestimento comportamental | 573,000 | 678,000 | -,017 | ,987 | 1,000 | ,547 | ,028 |
| Uso de substâncias (medicamentos/alcool) | 539,000 | 644,000 | -,944 | ,345 | ,599 | ,446 | ,446 |
| Humor | 553,500 | 3956,500 | -,219 | ,827 | ,838 | ,420 | ,006 |

a. Grouping Variable: Fez tratamento para engravidar?

Tests of Normality

| | Gravidez de Risco? | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|-----------------------------------|--------------------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Coping Activo | sim | ,166 | 69 | ,000 | ,884 | 69 | ,000 |
| | não | ,216 | 27 | ,002 | ,862 | 27 | ,002 |
| Planear | sim | ,159 | 69 | ,000 | ,884 | 69 | ,000 |
| | não | ,238 | 27 | ,000 | ,861 | 27 | ,002 |
| Utilizar suporte instrumental | sim | ,111 | 69 | ,034 | ,926 | 69 | ,001 |
| | não | ,142 | 27 | ,171 | ,939 | 27 | ,114 |
| Utilizar suporte social emocional | sim | ,251 | 69 | ,000 | ,802 | 69 | ,000 |
| | não | ,237 | 27 | ,000 | ,854 | 27 | ,001 |
| Religião | sim | ,182 | 69 | ,000 | ,850 | 69 | ,000 |
| | não | ,195 | 27 | ,010 | ,836 | 27 | ,001 |
| Reinterpretação positiva | sim | ,161 | 69 | ,000 | ,898 | 69 | ,000 |

| | | | | | | | |
|--|-----|------|----|------|------|----|------|
| | não | ,165 | 27 | ,057 | ,937 | 27 | ,105 |
| Auto-culpabilização | sim | ,187 | 69 | ,000 | ,866 | 69 | ,000 |
| | não | ,290 | 27 | ,000 | ,829 | 27 | ,000 |
| Aceitação | sim | ,196 | 69 | ,000 | ,897 | 69 | ,000 |
| | não | ,251 | 27 | ,000 | ,900 | 27 | ,014 |
| Expressão de sentimentos | sim | ,159 | 69 | ,000 | ,908 | 69 | ,000 |
| | não | ,200 | 27 | ,007 | ,908 | 27 | ,020 |
| Negação | sim | ,193 | 69 | ,000 | ,860 | 69 | ,000 |
| | não | ,200 | 27 | ,007 | ,824 | 27 | ,000 |
| Auto distração | sim | ,183 | 69 | ,000 | ,890 | 69 | ,000 |
| | não | ,187 | 27 | ,017 | ,925 | 27 | ,053 |
| Desinvestimento comportamental | sim | ,501 | 69 | ,000 | ,426 | 69 | ,000 |
| | não | ,502 | 27 | ,000 | ,436 | 27 | ,000 |
| Uso de substâncias (medicamentos/alcool) | sim | ,537 | 69 | ,000 | ,204 | 69 | ,000 |
| | não | ,529 | 27 | ,000 | ,293 | 27 | ,000 |
| Humor | sim | ,169 | 69 | ,000 | ,890 | 69 | ,000 |
| | não | ,224 | 27 | ,001 | ,840 | 27 | ,001 |

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

| | | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------|-----|--------|------|
| Coping Activo | Based on Mean | ,051 | 1 | 94 | ,821 |
| | Based on Median | ,056 | 1 | 94 | ,814 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,056 | 1 | 88,421 | ,814 |
| | Based on trimmed mean | ,092 | 1 | 94 | ,762 |
| Planear | Based on Mean | ,643 | 1 | 94 | ,425 |
| | Based on Median | ,087 | 1 | 94 | ,768 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,087 | 1 | 79,512 | ,768 |
| | Based on trimmed mean | ,516 | 1 | 94 | ,474 |
| Utilizar suporte instrumental | Based on Mean | ,207 | 1 | 94 | ,650 |
| | Based on Median | ,226 | 1 | 94 | ,635 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,226 | 1 | 93,999 | ,635 |
| | Based on trimmed mean | ,218 | 1 | 94 | ,642 |
| Utilizar suporte social emocional | Based on Mean | 1,266 | 1 | 94 | ,263 |
| | Based on Median | 1,415 | 1 | 94 | ,237 |
| | Based on Median and with adjusted df | 1,415 | 1 | 93,605 | ,237 |
| | Based on trimmed mean | 1,448 | 1 | 94 | ,232 |
| Religião | Based on Mean | 8,106 | 1 | 94 | ,005 |
| | Based on Median | 8,363 | 1 | 94 | ,005 |
| | Based on Median and with adjusted df | 8,363 | 1 | 90,635 | ,005 |
| | Based on trimmed mean | 8,358 | 1 | 94 | ,005 |
| Reinterpretação positiva | Based on Mean | ,110 | 1 | 94 | ,741 |
| | Based on Median | ,160 | 1 | 94 | ,690 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,160 | 1 | 93,707 | ,690 |
| | Based on trimmed mean | ,074 | 1 | 94 | ,786 |

| | | | | | |
|--|--------------------------------------|-------|---|--------|------|
| Auto-culpabilização | Based on Mean | 2,300 | 1 | 94 | ,133 |
| | Based on Median | 3,769 | 1 | 94 | ,055 |
| | Based on Median and with adjusted df | 3,769 | 1 | 93,269 | ,055 |
| | Based on trimmed mean | 2,665 | 1 | 94 | ,106 |
| Aceitação | Based on Mean | ,066 | 1 | 94 | ,798 |
| | Based on Median | ,008 | 1 | 94 | ,927 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,008 | 1 | 90,147 | ,927 |
| | Based on trimmed mean | ,021 | 1 | 94 | ,886 |
| Expressão de sentimentos | Based on Mean | ,260 | 1 | 94 | ,611 |
| | Based on Median | ,267 | 1 | 94 | ,607 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,267 | 1 | 93,783 | ,607 |
| | Based on trimmed mean | ,260 | 1 | 94 | ,611 |
| Negação | Based on Mean | 1,374 | 1 | 94 | ,244 |
| | Based on Median | 1,328 | 1 | 94 | ,252 |
| | Based on Median and with adjusted df | 1,328 | 1 | 87,252 | ,252 |
| | Based on trimmed mean | 1,364 | 1 | 94 | ,246 |
| Auto distração | Based on Mean | 6,581 | 1 | 94 | ,012 |
| | Based on Median | 6,656 | 1 | 94 | ,011 |
| | Based on Median and with adjusted df | 6,656 | 1 | 93,953 | ,011 |
| | Based on trimmed mean | 6,873 | 1 | 94 | ,010 |
| Desinvestimento comportamental | Based on Mean | 2,508 | 1 | 94 | ,117 |
| | Based on Median | ,493 | 1 | 94 | ,484 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,493 | 1 | 83,663 | ,484 |
| | Based on trimmed mean | 1,207 | 1 | 94 | ,275 |
| Uso de substâncias (medicamentos/alcool) | Based on Mean | ,285 | 1 | 94 | ,595 |
| | Based on Median | ,053 | 1 | 94 | ,818 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,053 | 1 | 83,620 | ,818 |
| | Based on trimmed mean | ,006 | 1 | 94 | ,940 |
| Humor | Based on Mean | ,861 | 1 | 94 | ,356 |
| | Based on Median | ,487 | 1 | 94 | ,487 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,487 | 1 | 90,527 | ,487 |
| | Based on trimmed mean | ,707 | 1 | 94 | ,403 |

Ranks

| | Gravidez de Risco? | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|---------------|--------------------|----|-----------|--------------|
| Coping Activo | sim | 69 | 48,01 | 3313,00 |
| | não | 27 | 49,74 | 1343,00 |
| | Total | 96 | | |
| Planear | sim | 69 | 49,19 | 3394,00 |
| | não | 27 | 46,74 | 1262,00 |
| | Total | 96 | | |

| | | | | |
|---|-------|----|-------|---------|
| Utilizar suporte instrumental | sim | 69 | 46,49 | 3207,50 |
| | não | 27 | 53,65 | 1448,50 |
| | Total | 96 | | |
| Utilizar suporte social emocional | sim | 69 | 50,04 | 3452,50 |
| | não | 27 | 44,57 | 1203,50 |
| | Total | 96 | | |
| Religião | sim | 69 | 53,13 | 3666,00 |
| | não | 27 | 36,67 | 990,00 |
| | Total | 96 | | |
| Reinterpretação positiva | sim | 69 | 53,46 | 3689,00 |
| | não | 27 | 35,81 | 967,00 |
| | Total | 96 | | |
| Auto-culpabilização | sim | 69 | 49,62 | 3424,00 |
| | não | 27 | 45,63 | 1232,00 |
| | Total | 96 | | |
| Aceitação | sim | 69 | 53,14 | 3666,50 |
| | não | 27 | 36,65 | 989,50 |
| | Total | 96 | | |
| Expressão de sentimentos | sim | 69 | 48,92 | 3375,50 |
| | não | 27 | 47,43 | 1280,50 |
| | Total | 96 | | |
| Negação | sim | 69 | 48,97 | 3379,00 |
| | não | 27 | 47,30 | 1277,00 |
| | Total | 96 | | |
| Auto distração | sim | 69 | 49,94 | 3446,00 |
| | não | 27 | 44,81 | 1210,00 |
| | Total | 96 | | |
| Desinvestimento comportamental | sim | 69 | 48,62 | 3354,50 |
| | não | 27 | 48,20 | 1301,50 |
| | Total | 96 | | |
| Uso de substâncias (medicamentos/alcool) | sim | 69 | 48,12 | 3320,50 |
| | não | 27 | 49,46 | 1335,50 |
| | Total | 96 | | |
| Humor | sim | 69 | 51,12 | 3527,00 |
| | não | 27 | 41,81 | 1129,00 |
| | Total | 96 | | |

Test Statistics^a

| | Mann-Whitney U | Wilcoxon W | Z | Asymp. Sig. (2-tailed) | Exact Sig. (2-tailed) | Exact Sig. (1-tailed) | Point Probability |
|-----------------------------------|----------------|------------|--------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| Coping Activo | 898,000 | 3313,000 | -,280 | ,780 | ,783 | ,392 | ,002 |
| Planear | 884,000 | 1262,000 | -,399 | ,690 | ,694 | ,347 | ,001 |
| Utilizar suporte instrumental | 792,500 | 3207,500 | -1,147 | ,251 | ,254 | ,127 | ,001 |
| Utilizar suporte social emocional | 825,500 | 1203,500 | -,910 | ,363 | ,367 | ,184 | ,002 |
| Religião | 612,000 | 990,000 | -2,661 | ,008 | ,007 | ,004 | ,000 |

| | | | | | | | |
|--|---------|----------|--------|------|------|------|------|
| Reinterpretação positiva | 589,000 | 967,000 | -2,843 | ,004 | ,004 | ,002 | ,000 |
| Auto-culpabilização | 854,000 | 1232,000 | -,646 | ,518 | ,522 | ,262 | ,001 |
| Aceitação | 611,500 | 989,500 | -2,695 | ,007 | ,007 | ,003 | ,000 |
| Expressão de sentimentos | 902,500 | 1280,500 | -,241 | ,810 | ,813 | ,406 | ,002 |
| Negação | 899,000 | 1277,000 | -,271 | ,786 | ,789 | ,395 | ,002 |
| Auto distração | 832,000 | 1210,000 | -,827 | ,408 | ,411 | ,205 | ,001 |
| Desinvestimento comportamental | 923,500 | 1301,500 | -,106 | ,915 | ,827 | ,425 | ,015 |
| Uso de substâncias (medicamentos/alcool) | 905,500 | 3320,500 | -,550 | ,582 | ,618 | ,434 | ,060 |
| Humor | 751,000 | 1129,000 | -1,514 | ,130 | ,136 | ,068 | ,001 |

a. Grouping Variable: Gravidez de Risco?

Tests of Normality

| Agrupamento segundo IG | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | | |
|--|---------------------------------|------|------|--------------|------|------|------|
| | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. | |
| Coping Activo | Entre as 25 e as 29 | ,175 | 36 | ,007 | ,883 | 36 | ,001 |
| | Entre as 30 e as 34 | ,170 | 60 | ,000 | ,880 | 60 | ,000 |
| Planear | Entre as 25 e as 29 | ,198 | 36 | ,001 | ,886 | 36 | ,001 |
| | Entre as 30 e as 34 | ,171 | 60 | ,000 | ,884 | 60 | ,000 |
| Utilizar suporte instrumental | Entre as 25 e as 29 | ,151 | 36 | ,037 | ,891 | 36 | ,002 |
| | Entre as 30 e as 34 | ,147 | 60 | ,002 | ,942 | 60 | ,007 |
| Utilizar suporte social emocional | Entre as 25 e as 29 | ,232 | 36 | ,000 | ,783 | 36 | ,000 |
| | Entre as 30 e as 34 | ,256 | 60 | ,000 | ,830 | 60 | ,000 |
| Religião | Entre as 25 e as 29 | ,208 | 36 | ,000 | ,798 | 36 | ,000 |
| | Entre as 30 e as 34 | ,169 | 60 | ,000 | ,883 | 60 | ,000 |
| Reinterpretação positiva | Entre as 25 e as 29 | ,190 | 36 | ,002 | ,879 | 36 | ,001 |
| | Entre as 30 e as 34 | ,140 | 60 | ,005 | ,933 | 60 | ,003 |
| Auto-culpabilização | Entre as 25 e as 29 | ,191 | 36 | ,002 | ,887 | 36 | ,001 |
| | Entre as 30 e as 34 | ,216 | 60 | ,000 | ,843 | 60 | ,000 |
| Aceitação | Entre as 25 e as 29 | ,297 | 36 | ,000 | ,848 | 36 | ,000 |
| | Entre as 30 e as 34 | ,172 | 60 | ,000 | ,899 | 60 | ,000 |
| Expressão de sentimentos | Entre as 25 e as 29 | ,181 | 36 | ,004 | ,887 | 36 | ,002 |
| | Entre as 30 e as 34 | ,164 | 60 | ,000 | ,921 | 60 | ,001 |
| Negação | Entre as 25 e as 29 | ,201 | 36 | ,001 | ,847 | 36 | ,000 |
| | Entre as 30 e as 34 | ,204 | 60 | ,000 | ,863 | 60 | ,000 |
| Auto distração | Entre as 25 e as 29 | ,159 | 36 | ,021 | ,884 | 36 | ,001 |
| | Entre as 30 e as 34 | ,172 | 60 | ,000 | ,907 | 60 | ,000 |
| Desinvestimento comportamental | Entre as 25 e as 29 | ,534 | 36 | ,000 | ,243 | 36 | ,000 |
| | Entre as 30 e as 34 | ,472 | 60 | ,000 | ,509 | 60 | ,000 |
| Uso de substâncias (medicamentos/alcool) | Entre as 25 e as 29 | ,538 | 36 | ,000 | ,158 | 36 | ,000 |
| | Entre as 30 e as 34 | ,527 | 60 | ,000 | ,253 | 60 | ,000 |
| Humor | Entre as 25 e as 29 | ,176 | 36 | ,006 | ,879 | 36 | ,001 |
| | Entre as 30 e as 34 | ,187 | 60 | ,000 | ,883 | 60 | ,000 |

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

| | | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------|-----|--------|------|
| Coping Activo | Based on Mean | ,000 | 1 | 94 | ,990 |
| | Based on Median | ,003 | 1 | 94 | ,959 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,003 | 1 | 92,062 | ,959 |
| | Based on trimmed mean | ,012 | 1 | 94 | ,914 |
| Planear | Based on Mean | 1,258 | 1 | 94 | ,265 |
| | Based on Median | ,618 | 1 | 94 | ,434 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,618 | 1 | 88,337 | ,434 |
| | Based on trimmed mean | 1,167 | 1 | 94 | ,283 |
| Utilizar suporte instrumental | Based on Mean | 1,227 | 1 | 94 | ,271 |
| | Based on Median | 1,144 | 1 | 94 | ,288 |
| | Based on Median and with adjusted df | 1,144 | 1 | 87,549 | ,288 |
| | Based on trimmed mean | 1,234 | 1 | 94 | ,269 |
| Utilizar suporte social emocional | Based on Mean | ,060 | 1 | 94 | ,807 |
| | Based on Median | ,062 | 1 | 94 | ,804 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,062 | 1 | 79,956 | ,804 |
| | Based on trimmed mean | ,003 | 1 | 94 | ,956 |
| Religião | Based on Mean | 4,471 | 1 | 94 | ,037 |
| | Based on Median | 2,426 | 1 | 94 | ,123 |
| | Based on Median and with adjusted df | 2,426 | 1 | 93,952 | ,123 |
| | Based on trimmed mean | 4,396 | 1 | 94 | ,039 |
| Reinterpretação positiva | Based on Mean | ,886 | 1 | 94 | ,349 |
| | Based on Median | ,786 | 1 | 94 | ,378 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,786 | 1 | 91,305 | ,378 |
| | Based on trimmed mean | ,660 | 1 | 94 | ,419 |
| Auto-culpabilização | Based on Mean | ,379 | 1 | 94 | ,540 |
| | Based on Median | ,124 | 1 | 94 | ,726 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,124 | 1 | 91,526 | ,726 |
| | Based on trimmed mean | ,461 | 1 | 94 | ,499 |
| Aceitação | Based on Mean | 2,637 | 1 | 94 | ,108 |
| | Based on Median | 3,607 | 1 | 94 | ,061 |
| | Based on Median and with adjusted df | 3,607 | 1 | 92,474 | ,061 |
| | Based on trimmed mean | 3,388 | 1 | 94 | ,069 |
| Expressão de sentimentos | Based on Mean | ,803 | 1 | 94 | ,372 |
| | Based on Median | ,341 | 1 | 94 | ,560 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,341 | 1 | 93,484 | ,560 |
| | Based on trimmed mean | ,781 | 1 | 94 | ,379 |
| Negação | Based on Mean | 2,865 | 1 | 94 | ,094 |
| | Based on Median | 2,476 | 1 | 94 | ,119 |
| | Based on Median and with adjusted df | 2,476 | 1 | 93,930 | ,119 |
| | Based on trimmed mean | 2,518 | 1 | 94 | ,116 |

| | | | | | |
|--|--------------------------------------|--------|---|--------|------|
| Auto distração | Based on Mean | 2,518 | 1 | 94 | ,116 |
| | Based on Median | 2,246 | 1 | 94 | ,137 |
| | Based on Median and with adjusted df | 2,246 | 1 | 93,448 | ,137 |
| | Based on trimmed mean | 2,410 | 1 | 94 | ,124 |
| Desinvestimento comportamental | Based on Mean | 20,780 | 1 | 94 | ,000 |
| | Based on Median | 4,460 | 1 | 94 | ,037 |
| | Based on Median and with adjusted df | 4,460 | 1 | 67,340 | ,038 |
| | Based on trimmed mean | 15,025 | 1 | 94 | ,000 |
| Uso de substâncias (medicamentos/alcool) | Based on Mean | 3,691 | 1 | 94 | ,058 |
| | Based on Median | ,888 | 1 | 94 | ,348 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,888 | 1 | 71,360 | ,349 |
| | Based on trimmed mean | 1,148 | 1 | 94 | ,287 |
| Humor | Based on Mean | ,093 | 1 | 94 | ,760 |
| | Based on Median | ,055 | 1 | 94 | ,815 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,055 | 1 | 92,861 | ,815 |
| | Based on trimmed mean | ,039 | 1 | 94 | ,843 |

Ranks

| Agrupamento segundo IG | | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|-----------------------------------|-----------------------------|----|-----------|--------------|
| Coping Activo | Entre as 25 e as 29 semanas | 36 | 46,54 | 1675,50 |
| | Entre as 30 e as 34 semanas | 60 | 49,68 | 2980,50 |
| | Total | 96 | | |
| Planear | Entre as 25 e as 29 semanas | 36 | 47,47 | 1709,00 |
| | Entre as 30 e as 34 semanas | 60 | 49,12 | 2947,00 |
| | Total | 96 | | |
| Utilizar suporte instrumental | Entre as 25 e as 29 semanas | 36 | 46,24 | 1664,50 |
| | Entre as 30 e as 34 semanas | 60 | 49,86 | 2991,50 |
| | Total | 96 | | |
| Utilizar suporte social emocional | Entre as 25 e as 29 semanas | 36 | 49,94 | 1798,00 |
| | Entre as 30 e as 34 semanas | 60 | 47,63 | 2858,00 |
| | Total | 96 | | |
| Religião | Entre as 25 e as 29 semanas | 36 | 48,26 | 1737,50 |
| | Entre as 30 e as 34 semanas | 60 | 48,64 | 2918,50 |
| | Total | 96 | | |
| Reinterpretação positiva | Entre as 25 e as 29 semanas | 36 | 50,56 | 1820,00 |
| | Entre as 30 e as 34 semanas | 60 | 47,27 | 2836,00 |
| | Total | 96 | | |
| Auto-culpabilização | Entre as 25 e as 29 semanas | 36 | 52,47 | 1889,00 |
| | Entre as 30 e as 34 semanas | 60 | 46,12 | 2767,00 |
| | Total | 96 | | |
| Aceitação | Entre as 25 e as 29 semanas | 36 | 42,39 | 1526,00 |
| | Entre as 30 e as 34 semanas | 60 | 52,17 | 3130,00 |
| | Total | 96 | | |

| | | | | |
|--|-----------------------------|----|-------|---------|
| Expressão de sentimentos | Entre as 25 e as 29 semanas | 36 | 48,51 | 1746,50 |
| | Entre as 30 e as 34 semanas | 60 | 48,49 | 2909,50 |
| | Total | 96 | | |
| Negação | Entre as 25 e as 29 semanas | 36 | 49,79 | 1792,50 |
| | Entre as 30 e as 34 semanas | 60 | 47,73 | 2863,50 |
| | Total | 96 | | |
| Auto distração | Entre as 25 e as 29 semanas | 36 | 41,40 | 1490,50 |
| | Entre as 30 e as 34 semanas | 60 | 52,76 | 3165,50 |
| | Total | 96 | | |
| Desinvestimento comportamental | Entre as 25 e as 29 semanas | 36 | 44,01 | 1584,50 |
| | Entre as 30 e as 34 semanas | 60 | 51,19 | 3071,50 |
| | Total | 96 | | |
| Uso de substâncias (medicamentos/alcool) | Entre as 25 e as 29 semanas | 36 | 47,32 | 1703,50 |
| | Entre as 30 e as 34 semanas | 60 | 49,21 | 2952,50 |
| | Total | 96 | | |
| Humor | Entre as 25 e as 29 semanas | 36 | 47,25 | 1701,00 |
| | Entre as 30 e as 34 semanas | 60 | 49,25 | 2955,00 |
| | Total | 96 | | |

Tests of Normality^{b,c,d,e,f}

| | Gravidez Singular ou Gemelar? | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Coping Activo | singular | ,181 | 87 | ,000 | ,878 | 87 | ,000 |
| | gemelar | ,219 | 7 | ,200 | ,915 | 7 | ,432 |
| | trigemelar | ,260 | 2 | | | | |
| Planear | singular | ,174 | 87 | ,000 | ,881 | 87 | ,000 |
| | gemelar | ,357 | 7 | ,007 | ,787 | 7 | ,030 |
| | trigemelar | ,260 | 2 | | | | |
| Utilizar suporte instrumental | singular | ,122 | 87 | ,003 | ,924 | 87 | ,000 |
| | gemelar | ,160 | 7 | ,200 | ,935 | 7 | ,591 |
| Utilizar suporte social emocional | singular | ,239 | 87 | ,000 | ,824 | 87 | ,000 |
| | gemelar | ,338 | 7 | ,015 | ,769 | 7 | ,020 |
| | trigemelar | ,260 | 2 | | | | |
| Religião | singular | ,174 | 87 | ,000 | ,851 | 87 | ,000 |
| | gemelar | ,269 | 7 | ,134 | ,902 | 7 | ,342 |
| Reinterpretação positiva | singular | ,153 | 87 | ,000 | ,911 | 87 | ,000 |
| | gemelar | ,332 | 7 | ,019 | ,869 | 7 | ,183 |
| | trigemelar | ,260 | 2 | | | | |
| Auto-culpabilização | singular | ,198 | 87 | ,000 | ,856 | 87 | ,000 |
| | gemelar | ,253 | 7 | ,195 | ,900 | 7 | ,330 |
| | trigemelar | ,260 | 2 | | | | |
| Aceitação | singular | ,210 | 87 | ,000 | ,907 | 87 | ,000 |
| | gemelar | ,241 | 7 | ,200 | ,937 | 7 | ,609 |
| | trigemelar | ,260 | 2 | | | | |

| | | | | | | | |
|--|------------|------|----|------|------|----|------|
| Expressão de sentimentos | singular | ,164 | 87 | ,000 | ,907 | 87 | ,000 |
| | gemelar | ,292 | 7 | ,072 | ,889 | 7 | ,269 |
| | trigemelar | ,260 | 2 | | | | |
| Negação | singular | ,174 | 87 | ,000 | ,859 | 87 | ,000 |
| | gemelar | ,253 | 7 | ,197 | ,820 | 7 | ,064 |
| | trigemelar | ,260 | 2 | | | | |
| Auto distração | singular | ,156 | 87 | ,000 | ,901 | 87 | ,000 |
| | gemelar | ,331 | 7 | ,020 | ,773 | 7 | ,022 |
| | trigemelar | ,260 | 2 | | | | |
| Desinvestimento comportamental | singular | ,495 | 87 | ,000 | ,427 | 87 | ,000 |
| | gemelar | ,504 | 7 | ,000 | ,453 | 7 | ,000 |
| Uso de substâncias (medicamentos/alcool) | singular | ,530 | 87 | ,000 | ,232 | 87 | ,000 |
| Humor | singular | ,192 | 87 | ,000 | ,879 | 87 | ,000 |
| | gemelar | ,253 | 7 | ,195 | ,900 | 7 | ,330 |
| | trigemelar | ,260 | 2 | | | | |

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

b. Utilizar suporte instrumental is constant when Gravidez Singular ou Gemelar? = trigemelar. It has been omitted.

c. Religião is constant when Gravidez Singular ou Gemelar? = trigemelar. It has been omitted.

d. Desinvestimento comportamental is constant when Gravidez Singular ou Gemelar? = trigemelar. It has been omitted.

e. Uso de substâncias (medicamentos/alcool) is constant when Gravidez Singular ou Gemelar? = gemelar. It has been omitted.

f. Uso de substâncias (medicamentos/alcool) is constant when Gravidez Singular ou Gemelar? = trigemelar. It has been omitted.

Test of Homogeneity of Variance^{b,c,d,e,f}

| | | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------|-----|--------|------|
| Coping Activo | Based on Mean | ,065 | 1 | 92 | ,800 |
| | Based on Median | ,162 | 1 | 92 | ,689 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,162 | 1 | 91,998 | ,689 |
| | Based on trimmed mean | ,089 | 1 | 92 | ,766 |
| Planear | Based on Mean | 2,607 | 1 | 92 | ,110 |
| | Based on Median | 2,028 | 1 | 92 | ,158 |
| | Based on Median and with adjusted df | 2,028 | 1 | 91,594 | ,158 |
| | Based on trimmed mean | 2,358 | 1 | 92 | ,128 |
| Utilizar suporte instrumental | Based on Mean | 1,121 | 1 | 92 | ,293 |
| | Based on Median | 1,228 | 1 | 92 | ,271 |
| | Based on Median and with adjusted df | 1,228 | 1 | 91,447 | ,271 |
| | Based on trimmed mean | 1,108 | 1 | 92 | ,295 |
| Utilizar suporte social emocional | Based on Mean | ,168 | 1 | 92 | ,683 |
| | Based on Median | ,327 | 1 | 92 | ,569 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,327 | 1 | 88,954 | ,569 |
| | Based on trimmed mean | ,160 | 1 | 92 | ,690 |

| | | | | | |
|--|--------------------------------------|--------------|---|--------|------|
| Religião | Based on Mean | 1,370 | 1 | 92 | ,245 |
| | Based on Median | ,971 | 1 | 92 | ,327 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,971 | 1 | 91,977 | ,327 |
| | Based on trimmed mean | 1,499 | 1 | 92 | ,224 |
| Reinterpretação positiva | Based on Mean | 4,213 | 1 | 92 | ,043 |
| | Based on Median | 4,328 | 1 | 92 | ,040 |
| | Based on Median and with adjusted df | 4,328 | 1 | 90,731 | ,040 |
| | Based on trimmed mean | 3,858 | 1 | 92 | ,053 |
| Auto-culpabilização | Based on Mean | ,905 | 1 | 92 | ,344 |
| | Based on Median | ,627 | 1 | 92 | ,431 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,627 | 1 | 90,467 | ,431 |
| | Based on trimmed mean | ,837 | 1 | 92 | ,363 |
| Aceitação | Based on Mean | ,676 | 1 | 92 | ,413 |
| | Based on Median | ,917 | 1 | 92 | ,341 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,917 | 1 | 90,813 | ,341 |
| | Based on trimmed mean | ,836 | 1 | 92 | ,363 |
| Expressão de sentimentos | Based on Mean | 1,177 | 1 | 92 | ,281 |
| | Based on Median | ,997 | 1 | 92 | ,321 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,997 | 1 | 91,983 | ,321 |
| | Based on trimmed mean | 1,155 | 1 | 92 | ,285 |
| Negação | Based on Mean | ,878 | 1 | 92 | ,351 |
| | Based on Median | 1,046 | 1 | 92 | ,309 |
| | Based on Median and with adjusted df | 1,046 | 1 | 89,682 | ,309 |
| | Based on trimmed mean | ,909 | 1 | 92 | ,343 |
| Auto distração | Based on Mean | 3,376 | 1 | 92 | ,069 |
| | Based on Median | 2,819 | 1 | 92 | ,097 |
| | Based on Median and with adjusted df | 2,819 | 1 | 91,882 | ,097 |
| | Based on trimmed mean | 3,323 | 1 | 92 | ,072 |
| Desinvestimento comportamental | Based on Mean | ,083 | 1 | 92 | ,775 |
| | Based on Median | ,019 | 1 | 92 | ,892 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,019 | 1 | 91,508 | ,892 |
| | Based on trimmed mean | ,007 | 1 | 92 | ,934 |
| Uso de substâncias (medicamentos/alcool) | Based on Mean | ^a | | | |

a. There are not enough unique spread/level pairs to compute the Levene statistic.

b. Utilizar suporte instrumental is constant when Gravidez Singular ou Gemelar? = trigemelar. It has been omitted.

c. Religião is constant when Gravidez Singular ou Gemelar? = trigemelar. It has been omitted.

d. Desinvestimento comportamental is constant when Gravidez Singular ou Gemelar? = trigemelar. It has been omitted.

e. Uso de substâncias (medicamentos/alcool) is constant when Gravidez Singular ou Gemelar? = gemelar. It has been omitted.

f. Uso de substâncias (medicamentos/alcool) is constant when Gravidez Singular ou Gemelar? = trigemelar. It has been omitted.

Test Statistics^a

| | Mann-Whitney U | Wilcoxon W | Z | Asymp. Sig. (2-tailed) | Exact Sig. (2-tailed) | Exact Sig. (1-tailed) | Point Probability |
|--|----------------|------------|--------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| Coping Activo | 1009,500 | 1675,500 | -,547 | ,584 | ,587 | ,294 | ,001 |
| Planear | 1043,000 | 1709,000 | -,288 | ,773 | ,775 | ,387 | ,002 |
| Utilizar suporte instrumental | 998,500 | 1664,500 | -,625 | ,532 | ,535 | ,268 | ,001 |
| Utilizar suporte social emocional | 1028,000 | 2858,000 | -,414 | ,679 | ,683 | ,342 | ,003 |
| Religião | 1071,500 | 1737,500 | -,066 | ,948 | ,950 | ,475 | ,002 |
| Reinterpretação positiva | 1006,000 | 2836,000 | -,571 | ,568 | ,572 | ,286 | ,002 |
| Auto-culpabilização | 937,000 | 2767,000 | -1,106 | ,269 | ,271 | ,135 | ,001 |
| Aceitação | 860,000 | 1526,000 | -1,721 | ,085 | ,086 | ,043 | ,000 |
| Expressão de sentimentos | 1079,500 | 2909,500 | -,004 | ,997 | ,998 | ,499 | ,001 |
| Negação | 1033,500 | 2863,500 | -,361 | ,718 | ,721 | ,360 | ,001 |
| Auto distração | 824,500 | 1490,500 | -1,973 | ,048 | ,048 | ,024 | ,000 |
| Desinvestimento comportamental | 918,500 | 1584,500 | -1,992 | ,046 | ,047 | ,019 | ,008 |
| Uso de substâncias (medicamentos/alcool) | 1037,500 | 1703,500 | -,835 | ,404 | ,532 | ,262 | ,115 |
| Humor | 1035,000 | 1701,000 | -,351 | ,726 | ,736 | ,367 | ,003 |

a. Grouping Variable: Agrupamento segundo IG

Expectativas da Prematuridade

Já alguma vez viu um bebé prematuro* Grupo Alvo/ Grupo de Controlo - Chi-Square Tests^a

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) | Point Probability |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| Pearson Chi-Square | 1,124 ^a | 1 | ,289 | ,397 | ,198 | |
| Continuity Correction ^b | ,719 | 1 | ,396 | | | |
| Likelihood Ratio | 1,127 | 1 | ,288 | ,397 | ,198 | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,397 | ,198 | |
| Linear-by-Linear Association | 1,112 ^c | 1 | ,292 | ,397 | ,198 | ,097 |
| N of Valid Cases | 96 | | | | | |

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,50.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -1,055.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Expectativa do Parto Pré-Termo * Internamento por Risco de Parto - Teste Qui-Quadrado

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) | Point Probability |
|------------------------------------|---------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| Pearson Chi-Square | 41,061 ^a | 1 | ,000 | ,000 | ,000 | |
| Continuity Correction ^b | 38,360 | 1 | ,000 | | | |
| Likelihood Ratio | 53,851 | 1 | ,000 | ,000 | ,000 | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,000 | ,000 | |
| Linear-by-Linear Association | 40,633 ^c | 1 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| N of Valid Cases | 96 | | | | | |

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,95.

- b. Computed only for a 2x2 table
 c. The standardized statistic is 6,374.

Acha que vai ter um bebê prematuro? * N° de Gestações Anteriores - Chi-Square Tests

| | | | | Monte Carlo Sig. (2-sided) | | | Monte Carlo Sig. (1-sided) | | |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------------|-------------------------|-------------|----------------------------|-------------------------|-------------|
| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Sig. | 99% Confidence Interval | | Sig. | 99% Confidence Interval | |
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | Lower Bound | Upper Bound |
| Pearson Chi-Square | 5,621 ^a | 5 | ,345 | ,369 ^b | ,356 | ,381 | | | |
| Likelihood Ratio | 6,730 | 5 | ,241 | ,364 ^b | ,352 | ,377 | | | |
| Fisher's Exact Test | 5,391 | | | ,360 ^b | ,347 | ,372 | | | |
| Linear-by-Linear Association | ,119 ^c | 1 | ,730 | ,803 ^b | ,792 | ,813 | ,394 ^b | ,381 | ,406 |
| N of Valid Cases | 96 | | | | | | | | |

- a. 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,85.
 b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.
 c. The standardized statistic is -,345.

Acha que vai ter um bebê prematuro? * A Gravidez foi desejada? Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) | Point Probability |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| Pearson Chi-Square | ,097 ^a | 1 | ,756 | 1,000 | ,531 | |
| Continuity Correction ^d | ,000 | 1 | 1,000 | | | |
| Likelihood Ratio | ,098 | 1 | ,754 | 1,000 | ,531 | |
| Fisher's Exact Test | | | | 1,000 | ,531 | |
| Linear-by-Linear Association | ,096 ^c | 1 | ,757 | 1,000 | ,531 | ,280 |
| N of Valid Cases | 96 | | | | | |

- a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,42.
 b. Computed only for a 2x2 table
 c. The standardized statistic is ,309.

Acha que vai ter um bebê prematuro? * A Gravidez foi planejada? - Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) | Point Probability |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| Pearson Chi-Square | 1,808 ^a | 1 | ,179 | ,246 | ,133 | |
| Continuity Correction ^d | 1,237 | 1 | ,266 | | | |
| Likelihood Ratio | 1,795 | 1 | ,180 | ,246 | ,133 | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,246 | ,133 | |
| Linear-by-Linear Association | 1,789 ^c | 1 | ,181 | ,246 | ,133 | ,075 |
| N of Valid Cases | 96 | | | | | |

- a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,10.
 b. Computed only for a 2x2 table
 c. The standardized statistic is -1,338.

Acha que vai ter um bebê prematuro? * Fez tratamento para engravidar? - Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) | Point Probability |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| Pearson Chi-Square | 1,396 ^a | 1 | ,237 | ,258 | ,187 | |
| Continuity Correction ^b | ,790 | 1 | ,374 | | | |
| Likelihood Ratio | 1,380 | 1 | ,240 | ,381 | ,187 | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,258 | ,187 | |
| Linear-by-Linear Association | 1,381 ^c | 1 | ,240 | ,258 | ,187 | ,116 |
| N of Valid Cases | 96 | | | | | |

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,98.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 1,175.

Acha que vai ter um bebê prematuro? * Agrupamento segundo IG Crosstabulation

| | | | Agrupamento segundo IG | | Total |
|-------------------------------------|----------------|----------------|---|---|-------|
| | | | Entre as 25 e as 29 semanas de Gestação | Entre as 30 e as 34 semanas de Gestação | |
| Acha que vai ter um bebê prematuro? | sim | Count | 16 | 25 | 41 |
| | | Expected Count | 15,4 | 25,6 | 41,0 |
| | não | Count | 20 | 35 | 55 |
| | | Expected Count | 20,6 | 34,4 | 55,0 |
| Total | Count | 36 | 60 | 96 | |
| | Expected Count | 36,0 | 60,0 | 96,0 | |

Acha que vai ter um bebê prematuro? * Gravidez Singular ou Gemelar? - Chi-Square Tests

| | | | | Monte Carlo Sig. (2-sided) | | | Monte Carlo Sig. (1-sided) | | |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------------|-------------------------|-------------|----------------------------|-------------------------|-------------|
| | | | | Sig. | 99% Confidence Interval | | Sig. | 99% Confidence Interval | |
| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | | Lower Bound | Upper Bound | | Lower Bound | Upper Bound |
| Pearson Chi-Square | 8,786 ^a | 2 | ,012 | ,005 ^b | ,003 | ,007 | | | |
| Likelihood Ratio | 9,805 | 2 | ,007 | ,013 ^b | ,010 | ,016 | | | |
| Fisher's Exact Test | 8,118 | | | ,005 ^b | ,003 | ,007 | | | |
| Linear-by-Linear Association | 8,275 ^c | 1 | ,004 | ,004 ^b | ,002 | ,005 | ,004 ^b | ,002 | ,005 |
| N of Valid Cases | 96 | | | | | | | | |

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,85.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 957002199.

c. The standardized statistic is -2,877.

Acha que vai ter um bebê prematuro? * Gravidez de Risco? - Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) | Point Probability |
|------------------------------------|---------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| Pearson Chi-Square | 30,144 ^a | 1 | ,000 | ,000 | ,000 | |
| Continuity Correction ^b | 27,701 | 1 | ,000 | | | |
| Likelihood Ratio | 40,419 | 1 | ,000 | ,000 | ,000 | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,000 | ,000 | |
| Linear-by-Linear Association | 29,826 ^c | 1 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| N of Valid Cases | 95 | | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,08.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 5,461.

Tests of Normality

| | Acha que vai ter um bebê prematuro? | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Iniciativa e Persistência | sim | ,106 | 41 | ,200 | ,941 | 41 | ,035 |
| | não | ,180 | 55 | ,000 | ,861 | 55 | ,000 |
| Eficácia Perante a Adversidade | sim | ,166 | 41 | ,006 | ,905 | 41 | ,002 |
| | não | ,208 | 55 | ,000 | ,890 | 55 | ,000 |
| Eficácia Social | sim | ,114 | 41 | ,200 | ,968 | 41 | ,295 |
| | não | ,101 | 55 | ,200 | ,951 | 55 | ,026 |
| Auto-Eficácia Geral | sim | ,100 | 41 | ,200 | ,954 | 41 | ,099 |
| | não | ,145 | 55 | ,006 | ,894 | 55 | ,000 |

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variance

| | | Levene Statistic | Df1 | df2 | Sig. |
|--------------------------------|--------------------------------------|------------------|-----|--------|------|
| Iniciativa e Persistência | Based on Mean | ,168 | 1 | 94 | ,683 |
| | Based on Median | ,008 | 1 | 94 | ,928 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,008 | 1 | 85,793 | ,928 |
| | Based on trimmed mean | ,052 | 1 | 94 | ,819 |
| Eficácia Perante a Adversidade | Based on Mean | 6,101 | 1 | 94 | ,015 |
| | Based on Median | 3,469 | 1 | 94 | ,066 |
| | Based on Median and with adjusted df | 3,469 | 1 | 89,859 | ,066 |
| | Based on trimmed mean | 5,417 | 1 | 94 | ,022 |
| Eficácia Social | Based on Mean | ,068 | 1 | 94 | ,794 |
| | Based on Median | ,036 | 1 | 94 | ,850 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,036 | 1 | 93,209 | ,850 |
| | Based on trimmed mean | ,075 | 1 | 94 | ,784 |
| Auto-Eficácia Geral | Based on Mean | ,711 | 1 | 94 | ,401 |
| | Based on Median | ,633 | 1 | 94 | ,428 |

| | | | | |
|--------------------------------------|------|---|--------|------|
| Based on Median and with adjusted df | ,633 | 1 | 93,017 | ,428 |
| Based on trimmed mean | ,732 | 1 | 94 | ,395 |

Descritiva nas dimensões IP EPA Auto-eficácia Geral

| | Acha que vai ter um bebê prematuro? | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|--------------------------------|-------------------------------------|----|-----------|--------------|
| Iniciativa e Persistência | sim | 41 | 47,96 | 1966,50 |
| | não | 55 | 48,90 | 2689,50 |
| | Total | 96 | | |
| Eficácia Perante a Adversidade | sim | 41 | 44,48 | 1823,50 |
| | não | 55 | 51,50 | 2832,50 |
| | Total | 96 | | |
| Auto-Eficácia Geral | sim | 41 | 45,40 | 1861,50 |
| | não | 55 | 50,81 | 2794,50 |
| | Total | 96 | | |

Test Statistics^a

| | Iniciativa e Persistência | Eficácia Perante a Adversidade | Auto-Eficácia Geral |
|------------------------|---------------------------|--------------------------------|---------------------|
| Mann-Whitney U | 1105,500 | 962,500 | 1000,500 |
| Wilcoxon W | 1966,500 | 1823,500 | 1861,500 |
| Z | -,163 | -1,229 | -,941 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,870 | ,219 | ,346 |
| Exact Sig. (2-tailed) | ,872 | ,221 | ,349 |
| Exact Sig. (1-tailed) | ,436 | ,110 | ,175 |
| Point Probability | ,001 | ,001 | ,001 |

a. Grouping Variable: Acha que vai ter um bebê prematuro?

Group Statistics

| | Acha que vai ter um bebê prematuro? | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|-----------------|-------------------------------------|----|-------|----------------|-----------------|
| Eficácia Social | sim | 41 | 20,78 | 3,745 | ,585 |
| | não | 55 | 21,51 | 3,915 | ,528 |

Independent Samples Test

| | | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|-----------------|-----------------------------|---|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|---|--------|-------|
| | | | | | | | | 95% Confidence Interval of the Difference | | |
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | Lower | Upper |
| Eficácia Social | Equal variances assumed | ,068 | ,794 | -,919 | 94 | ,361 | -,729 | ,793 | -2,303 | ,846 |
| | Equal variances not assumed | | | -,925 | 88,308 | ,358 | -,729 | ,788 | -2,294 | ,837 |

Tests of Normality

| Grupo Alvo/ Grupo de Controlo | | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|-----------------------------------|-------------------------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Coping Activo | Grávidas Internadas | ,169 | 61 | ,000 | ,883 | 61 | ,000 |
| | Grávidas Não Internadas | ,220 | 35 | ,000 | ,866 | 35 | ,001 |
| Planear | Grávidas Internadas | ,169 | 61 | ,000 | ,881 | 61 | ,000 |
| | Grávidas Não Internadas | ,240 | 35 | ,000 | ,857 | 35 | ,000 |
| Utilizar suporte instrumental | Grávidas Internadas | ,132 | 61 | ,010 | ,916 | 61 | ,000 |
| | Grávidas Não Internadas | ,148 | 35 | ,052 | ,940 | 35 | ,058 |
| Utilizar suporte social emocional | Grávidas Internadas | ,256 | 61 | ,000 | ,795 | 61 | ,000 |
| | Grávidas Não Internadas | ,231 | 35 | ,000 | ,855 | 35 | ,000 |
| Religião | Grávidas Internadas | ,185 | 61 | ,000 | ,844 | 61 | ,000 |
| | Grávidas Não Internadas | ,208 | 35 | ,001 | ,853 | 35 | ,000 |
| Reinterpretação positiva | Grávidas Internadas | ,169 | 61 | ,000 | ,899 | 61 | ,000 |
| | Grávidas Não Internadas | ,156 | 35 | ,030 | ,931 | 35 | ,030 |
| Auto-culpabilização | Grávidas Internadas | ,199 | 61 | ,000 | ,863 | 61 | ,000 |
| | Grávidas Não Internadas | ,265 | 35 | ,000 | ,856 | 35 | ,000 |

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

| | | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------|-----|--------|------|
| Coping Activo | Based on Mean | 1,152 | 1 | 94 | ,286 |
| | Based on Median | 1,035 | 1 | 94 | ,312 |
| | Based on Median and with adjusted df | 1,035 | 1 | 93,961 | ,312 |
| | Based on trimmed mean | 1,232 | 1 | 94 | ,270 |
| Planear | Based on Mean | ,118 | 1 | 94 | ,732 |
| | Based on Median | ,062 | 1 | 94 | ,803 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,062 | 1 | 87,604 | ,803 |
| | Based on trimmed mean | ,110 | 1 | 94 | ,741 |
| Utilizar suporte instrumental | Based on Mean | 2,249 | 1 | 94 | ,137 |
| | Based on Median | 2,309 | 1 | 94 | ,132 |
| | Based on Median and with adjusted df | 2,309 | 1 | 93,542 | ,132 |
| | Based on trimmed mean | 2,329 | 1 | 94 | ,130 |
| Utilizar suporte social emocional | Based on Mean | ,084 | 1 | 94 | ,772 |
| | Based on Median | ,237 | 1 | 94 | ,628 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,237 | 1 | 92,859 | ,628 |
| | Based on trimmed mean | ,174 | 1 | 94 | ,677 |
| Religião | Based on Mean | 5,989 | 1 | 94 | ,016 |
| | Based on Median | 5,873 | 1 | 94 | ,017 |

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------------------|-------|---|--------|------|
| | Based on Median and with adjusted df | 5,873 | 1 | 93,417 | ,017 |
| | Based on trimmed mean | 5,927 | 1 | 94 | ,017 |
| Reinterpretação positiva | Based on Mean | 1,209 | 1 | 94 | ,274 |
| | Based on Median | 1,304 | 1 | 94 | ,256 |
| | Based on Median and with adjusted df | 1,304 | 1 | 93,984 | ,256 |
| | Based on trimmed mean | 1,092 | 1 | 94 | ,299 |
| Auto-culpabilização | Based on Mean | 1,250 | 1 | 94 | ,266 |
| | Based on Median | 2,065 | 1 | 94 | ,154 |
| | Based on Median and with adjusted df | 2,065 | 1 | 93,546 | ,154 |
| | Based on trimmed mean | 1,328 | 1 | 94 | ,252 |

Test Statistics^a

| | Mann-Whitney U | Wilcoxon W | Z | Asymp. Sig. (2-tailed) | Exact Sig. (2-tailed) | Exact Sig. (1-tailed) | Point Probability |
|--|----------------|------------|--------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| Coping Activo | 1027,000 | 1888,000 | -,763 | ,445 | ,449 | ,224 | ,001 |
| Planear | 1124,000 | 1985,000 | -,027 | ,979 | ,980 | ,490 | ,002 |
| Utilizar suporte instrumental | 941,500 | 1802,500 | -1,395 | ,163 | ,164 | ,082 | ,001 |
| Utilizar suporte social emocional | 1104,500 | 2644,500 | -,179 | ,858 | ,861 | ,431 | ,003 |
| Religião | 881,500 | 2421,500 | -1,862 | ,063 | ,063 | ,031 | ,000 |
| Reinterpretação positiva | 891,500 | 2431,500 | -1,781 | ,075 | ,075 | ,038 | ,000 |
| Auto-culpabilização | 1042,500 | 2582,500 | -,644 | ,520 | ,522 | ,261 | ,001 |
| Aceitação | 848,500 | 2388,500 | -2,135 | ,033 | ,032 | ,016 | ,000 |
| Expressão de sentimentos | 1122,000 | 1983,000 | -,042 | ,967 | ,969 | ,484 | ,002 |
| Negação | 1031,500 | 1892,500 | -,729 | ,466 | ,469 | ,235 | ,001 |
| Auto distração | 945,000 | 2485,000 | -1,379 | ,168 | ,169 | ,085 | ,001 |
| Desinvestimento comportamental | 1041,000 | 1902,000 | -1,044 | ,296 | ,362 | ,185 | ,007 |
| Uso de substâncias (medicamentos/alcool) | 1074,500 | 1935,500 | -1,020 | ,308 | ,389 | ,286 | ,092 |
| Humor | 895,000 | 2435,000 | -1,773 | ,076 | ,076 | ,039 | ,000 |

a. Grouping Variable: Acha que vai ter um bebé prematuro?

Depois do nascimento

Case Summaries

Com que idade gestacional nasceu o seu bebé?

| Grupo Alvo/ Grupo de Controlo | N | Mean | Std. Deviation | Median | Minimum | Maximum |
|-------------------------------|----|-------|----------------|--------|---------|---------|
| Grávidas Internadas | 58 | 34,79 | 2,796 | 35,00 | 27 | 39 |
| Grávidas Não Internadas | 30 | 38,37 | 1,810 | 39,00 | 34 | 41 |
| Total | 88 | 36,01 | 3,019 | 36,00 | 27 | 41 |

Grupo Alvo/ Grupo de Controlo * O bebé nasceu prematuro? Crosstabulation

| | | | O bebé nasceu prematuro? | | Total |
|-------------------------------|-------------------------|----------|--------------------------|-----------------------|--------|
| | | | antes da 37 semanas | depois das 37 semanas | |
| Grupo Alvo/ Grupo de Controlo | Grávidas Internadas | Freq. | 39 | 19 | 58 |
| | | % GA/ GC | 67,2% | 32,8% | 100,0% |
| | Grávidas Não Internadas | Freq. | 5 | 25 | 30 |
| | | % GA/ GC | 16,7% | 83,3% | 100,0% |
| Total | | Freq. | 44 | 44 | 88 |
| | | % GA/ GC | 50,0% | 50,0% | 100,0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) | Point Probability |
|------------------------------------|---------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| Pearson Chi-Square | 20,230 ^a | 1 | ,000 | ,000 | ,000 | |
| Continuity Correction ^b | 18,257 | 1 | ,000 | | | |
| Likelihood Ratio | 21,595 | 1 | ,000 | ,000 | ,000 | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,000 | ,000 | |
| Linear-by-Linear Association | 20,000 ^c | 1 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| N of Valid Cases | 88 | | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,00.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 4,472.

A Gravidez actual foi planeada? * O bebé nasceu prematuro? Crosstabulation

| | | | O bebé nasceu prematuro? | | Total |
|---------------------------------|-----|----------------------|--------------------------|-----------------------|--------|
| | | | antes da 37 semanas | depois das 37 semanas | |
| A Gravidez actual foi planeada? | sim | Freq. | 32 | 32 | 64 |
| | | % Gravidez planeada? | 50,0% | 50,0% | 100,0% |
| | não | Freq. | 12 | 12 | 24 |
| | | % Gravidez planeada? | 50,0% | 50,0% | 100,0% |
| Total | | Freq. | 44 | 44 | 88 |
| | | % Gravidez planeada? | 50,0% | 50,0% | 100,0% |

A Gravidez actual foi desejada? * O bebé nasceu prematuro? Crosstabulation

| | | | O bebé nasceu prematuro? | | Total |
|---------------------------------|-----|------------------------|--------------------------|-----------------------|--------|
| | | | antes da 37 semanas | depois das 37 semanas | |
| A Gravidez actual foi desejada? | sim | Freq. | 42 | 38 | 80 |
| | | % A Gravidez desejada? | 52,5% | 47,5% | 100,0% |
| | não | Freq. | 2 | 6 | 8 |
| | | % Gravidez desejada? | 25,0% | 75,0% | 100,0% |
| Total | | Freq. | 44 | 44 | 88 |
| | | % Gravidez desejada? | 50,0% | 50,0% | 100,0% |

Chi-Square Tests^a

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) | Point Probability |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| Pearson Chi-Square | 2,200 ^a | 1 | ,138 | ,266 | ,133 | |
| Continuity Correction ^b | 1,238 | 1 | ,266 | | | |
| Likelihood Ratio | 2,293 | 1 | ,130 | ,266 | ,133 | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,266 | ,133 | |
| Linear-by-Linear Association | 2,175 ^c | 1 | ,140 | ,266 | ,133 | ,104 |
| N of Valid Cases | 88 | | | | | |

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,00.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 1,475.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

A Gravidez actual foi planeada? * O bebé nasceu prematuro? Crosstabulation

| | | | O bebé nasceu prematuro? | | Total |
|---------------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|-----------------------|--------|
| | | | antes da 37 semanas | depois das 37 semanas | |
| A Gravidez actual foi planeada? | sim | Freq. | 32 | 32 | 64 |
| | | % Gravidez planeada? | 50,0% | 50,0% | 100,0% |
| | não | Freq. | 12 | 12 | 24 |
| | | % Gravidez planeada? | 50,0% | 50,0% | 100,0% |
| Total | Freq. | 44 | 44 | 88 | |
| | % Gravidez planeada? | 50,0% | 50,0% | 100,0% | |

Chi-Square Tests^a

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) | Point Probability |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| Pearson Chi-Square | ,000 ^a | 1 | 1,000 | 1,000 | ,594 | |
| Continuity Correction ^b | ,000 | 1 | 1,000 | | | |
| Likelihood Ratio | ,000 | 1 | 1,000 | 1,000 | ,594 | |
| Fisher's Exact Test | | | | 1,000 | ,594 | |
| Linear-by-Linear Association | ,000 ^c | 1 | 1,000 | 1,000 | ,594 | ,189 |
| N of Valid Cases | 88 | | | | | |

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,00.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is ,000.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Fez tratamento para engravidar? * O bebé nasceu prematuro? Crosstabulation

| | | | O bebé nasceu prematuro? | | Total |
|---------------------------------|-----|-------------------|--------------------------|-----------------------|--------|
| | | | antes da 37 semanas | depois das 37 semanas | |
| Fez tratamento para engravidar? | sim | Freq. | 9 | 3 | 12 |
| | | % Fez tratamento? | 75,0% | 25,0% | 100,0% |

| | | | | |
|-------|-------------------|-------|-------|--------|
| não | Freq. | 35 | 41 | 76 |
| | % Fez tratamento? | 46,1% | 53,9% | 100,0% |
| Total | Freq. | 44 | 44 | 88 |
| | % Fez tratamento? | 50,0% | 50,0% | 100,0% |

Chi-Square Tests^a

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) | Point Probability |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| Pearson Chi-Square | 3,474 ^a | 1 | ,062 | ,118 | ,059 | |
| Continuity Correction ^b | 2,412 | 1 | ,120 | | | |
| Likelihood Ratio | 3,614 | 1 | ,057 | ,118 | ,059 | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,118 | ,059 | |
| Linear-by-Linear Association | 3,434 ^c | 1 | ,064 | ,118 | ,059 | ,046 |
| N of Valid Cases | 88 | | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,00.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 1,853.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Agrupamento segundo IG * O bebê nasceu prematuro? Crosstabulation

| | | O bebê nasceu prematuro? | | Total | |
|------------------------|---|--------------------------|-----------------------|-------|--------|
| | | antes da 37 semanas | depois das 37 semanas | | |
| Agrupamento segundo IG | Entre as 25 e as 29 semanas de Gestação | Freq. | 15 | 15 | 30 |
| | | % segundo IG | 50,0% | 50,0% | 100,0% |
| | Entre as 30 e as 34 semanas de Gestação | Freq. | 29 | 29 | 58 |
| | | % segundo IG | 50,0% | 50,0% | 100,0% |
| Total | | Freq. | 44 | 44 | 88 |
| | | % segundo IG | 50,0% | 50,0% | 100,0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) | Point Probability |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| Pearson Chi-Square | ,000 ^a | 1 | 1,000 | 1,000 | ,589 | |
| Continuity Correction ^b | ,000 | 1 | 1,000 | | | |
| Likelihood Ratio | ,000 | 1 | 1,000 | 1,000 | ,589 | |
| Fisher's Exact Test | | | | 1,000 | ,589 | |
| Linear-by-Linear Association | ,000 ^c | 1 | 1,000 | 1,000 | ,589 | ,178 |
| N of Valid Cases | 88 | | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,00.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is ,000.

Gravidez Singular ou Gemelar? * O bebê nasceu prematuro? Crosstabulation

| | | | O bebê nasceu prematuro? | | Total |
|-------------------------------|------------|---------------------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------|
| | | | antes da 37 semanas | depois das 37 semanas | |
| Gravidez Singular ou Gemelar? | singular | Freq. % Gravidez Singular/Gemelar? | 36 45,6% | 43 54,4% | 79 100,0% |
| | gemelar | Freq. % Gravidez Singular/Gemelar? | 6 85,7% | 1 14,3% | 7 100,0% |
| | trigemelar | Freq. % Gravidez Singular/Gemelar? | 2 100,0% | 0 ,0% | 2 100,0% |
| Total | | Freq. % Gravidez Singular/Gemelar? | 44 50,0% | 44 50,0% | 88 100,0% |

Chi-Square Tests

| | | | | Monte Carlo Sig. (2-sided) | | | Monte Carlo Sig. (1-sided) | | |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------------|-------------------------|-------------|----------------------------|-------------------------|-------------|
| | | | | Sig. | 99% Confidence Interval | | Sig. | 99% Confidence Interval | |
| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | | Lower Bound | Upper Bound | | Lower Bound | Upper Bound |
| Pearson Chi-Square | 6,192 ^a | 2 | ,045 | ,036 ^b | ,031 | ,041 | | | |
| Likelihood Ratio | 7,356 | 2 | ,025 | ,036 ^b | ,031 | ,041 | | | |
| Fisher's Exact Test | 5,657 | | | ,036 ^b | ,031 | ,041 | | | |
| Linear-by-Linear Association | 5,877 ^c | 1 | ,015 | ,025 ^b | ,021 | ,029 | ,013 ^b | ,010 | ,016 |
| N of Valid Cases | 88 | | | | | | | | |

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,00.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

c. The standardized statistic is -2,424.

Gravidez de Risco? * O bebê nasceu prematuro? Crosstabulation

| | | | O bebê nasceu prematuro? | | Total |
|--------------------|-----|-------------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------|
| | | | antes da 37 semanas | depois das 37 semanas | |
| Gravidez de Risco? | sim | Freq. % Gravidez de Risco? | 41 64,1% | 23 35,9% | 64 100,0% |
| | não | Freq. % Gravidez de Risco? | 3 12,5% | 21 87,5% | 24 100,0% |
| Total | | Freq. % Gravidez de Risco? | 44 50,0% | 44 50,0% | 88 100,0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) | Point Probability |
|------------------------------------|---------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| Pearson Chi-Square | 18,563 ^a | 1 | ,000 | ,000 | ,000 | |
| Continuity Correction ^b | 16,557 | 1 | ,000 | | | |
| Likelihood Ratio | 20,318 | 1 | ,000 | ,000 | ,000 | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,000 | ,000 | |
| Linear-by-Linear Association | 18,352 ^c | 1 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| N of Valid Cases | 88 | | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,00.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 4,284.

Tests of Normality

| O bebê nasceu prematuro? | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|------|------|--------------|------|------|------|
| | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. | |
| Iniciativa e Persistência | antes da 37 semanas | ,129 | 44 | ,062 | ,933 | 44 | ,013 |
| | depois das 37 semanas | ,179 | 44 | ,001 | ,887 | 44 | ,000 |
| Eficácia Perante a Adversidade | antes da 37 semanas | ,151 | 44 | ,014 | ,892 | 44 | ,001 |
| | depois das 37 semanas | ,204 | 44 | ,000 | ,908 | 44 | ,002 |
| Eficácia Social | antes da 37 semanas | ,091 | 44 | ,200 | ,976 | 44 | ,472 |
| | depois das 37 semanas | ,100 | 44 | ,200 | ,965 | 44 | ,196 |
| Auto-Eficácia Geral | antes da 37 semanas | ,103 | 44 | ,200 | ,946 | 44 | ,039 |
| | depois das 37 semanas | ,170 | 44 | ,003 | ,910 | 44 | ,002 |

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variance

| | | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|--------------------------------|--------------------------------------|------------------|-----|--------|------|
| Iniciativa e Persistência | Based on Mean | 3,266 | 1 | 86 | ,074 |
| | Based on Median | 1,535 | 1 | 86 | ,219 |
| | Based on Median and with adjusted df | 1,535 | 1 | 76,004 | ,219 |
| | Based on trimmed mean | 2,781 | 1 | 86 | ,099 |
| Eficácia Perante a Adversidade | Based on Mean | ,553 | 1 | 86 | ,459 |
| | Based on Median | ,393 | 1 | 86 | ,533 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,393 | 1 | 85,869 | ,533 |
| | Based on trimmed mean | ,421 | 1 | 86 | ,518 |
| Eficácia Social | Based on Mean | ,023 | 1 | 86 | ,881 |
| | Based on Median | ,008 | 1 | 86 | ,927 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,008 | 1 | 85,013 | ,927 |
| | Based on trimmed mean | ,027 | 1 | 86 | ,869 |
| Auto-Eficácia Geral | Based on Mean | ,274 | 1 | 86 | ,602 |
| | Based on Median | ,133 | 1 | 86 | ,716 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,133 | 1 | 81,653 | ,716 |
| | Based on trimmed mean | ,166 | 1 | 86 | ,685 |

Test Statistics^a

| | Iniciativa e Persistência | Eficácia Perante a Adversidade | Auto-Eficácia Geral |
|------------------------|---------------------------|--------------------------------|---------------------|
| Mann-Whitney U | 904,500 | 923,500 | 952,500 |
| Wilcoxon W | 1894,500 | 1913,500 | 1942,500 |
| Z | -,532 | -,374 | -,129 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,595 | ,709 | ,897 |
| Exact Sig. (2-tailed) | ,598 | ,712 | ,899 |
| Exact Sig. (1-tailed) | ,299 | ,356 | ,450 |
| Point Probability | ,001 | ,002 | ,002 |

a. Grouping Variable: O bebé nasceu prematuro?

Independent Samples Test

| | | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | 95% Confidence Interval of the Difference | |
|-----------------|-----------------------------|---|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|-------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | Lower | Upper |
| Eficácia Social | Equal variances assumed | ,023 | ,881 | -,607 | 86 | ,546 | -,500 | ,824 | -2,138 | 1,138 |
| | Equal variances not assumed | | | -,607 | 85,819 | ,546 | -,500 | ,824 | -2,138 | 1,138 |

Tests of Normality

| | | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| O bebé nasceu prematuro? | | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Coping Activo | antes da 37 semnas | ,177 | 44 | ,001 | ,871 | 44 | ,000 |
| | depois das 37 semanas | ,196 | 44 | ,000 | ,879 | 44 | ,000 |
| Planear | antes da 37 semnas | ,203 | 44 | ,000 | ,870 | 44 | ,000 |
| | depois das 37 semanas | ,178 | 44 | ,001 | ,888 | 44 | ,000 |
| Utilizar suporte instrumental | antes da 37 semnas | ,114 | 44 | ,185 | ,931 | 44 | ,011 |
| | depois das 37 semanas | ,135 | 44 | ,043 | ,917 | 44 | ,004 |
| Utilizar suporte social emocional | antes da 37 semnas | ,221 | 44 | ,000 | ,805 | 44 | ,000 |
| | depois das 37 semanas | ,275 | 44 | ,000 | ,829 | 44 | ,000 |
| Religião | antes da 37 semnas | ,154 | 44 | ,011 | ,890 | 44 | ,001 |
| | depois das 37 semanas | ,242 | 44 | ,000 | ,791 | 44 | ,000 |
| Reinterpretação positiva | antes da 37 semnas | ,168 | 44 | ,003 | ,904 | 44 | ,001 |
| | depois das 37 semanas | ,122 | 44 | ,101 | ,929 | 44 | ,010 |
| Auto-culpabilização | antes da 37 semnas | ,193 | 44 | ,000 | ,845 | 44 | ,000 |
| | depois das 37 semanas | ,198 | 44 | ,000 | ,864 | 44 | ,000 |
| Aceitação | antes da 37 semnas | ,268 | 44 | ,000 | ,855 | 44 | ,000 |
| | depois das 37 semanas | ,178 | 44 | ,001 | ,923 | 44 | ,006 |
| Expressão de sentimentos | antes da 37 semnas | ,160 | 44 | ,006 | ,899 | 44 | ,001 |
| | depois das 37 semanas | ,184 | 44 | ,001 | ,903 | 44 | ,001 |
| Negação | antes da 37 semnas | ,182 | 44 | ,001 | ,882 | 44 | ,000 |
| | depois das 37 semanas | ,189 | 44 | ,000 | ,847 | 44 | ,000 |

| | | | | | | | |
|--|-----------------------|------|----|------|------|----|------|
| Auto distração | antes da 37 semnas | ,170 | 44 | ,003 | ,898 | 44 | ,001 |
| | depois das 37 semanas | ,151 | 44 | ,013 | ,903 | 44 | ,001 |
| Desinvestimento comportamental | antes da 37 semnas | ,525 | 44 | ,000 | ,326 | 44 | ,000 |
| | depois das 37 semanas | ,481 | 44 | ,000 | ,475 | 44 | ,000 |
| Uso de substâncias (medicamentos/alcool) | antes da 37 semnas | ,537 | 44 | ,000 | ,137 | 44 | ,000 |
| | depois das 37 semanas | ,524 | 44 | ,000 | ,255 | 44 | ,000 |
| Humor | antes da 37 semnas | ,180 | 44 | ,001 | ,907 | 44 | ,002 |
| | depois das 37 semanas | ,232 | 44 | ,000 | ,836 | 44 | ,000 |

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

| | | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------|-----|--------|------|
| Coping Activo | Based on Mean | ,047 | 1 | 86 | ,829 |
| | Based on Median | ,093 | 1 | 86 | ,761 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,093 | 1 | 85,383 | ,761 |
| | Based on trimmed mean | ,025 | 1 | 86 | ,874 |
| Planear | Based on Mean | ,030 | 1 | 86 | ,864 |
| | Based on Median | ,228 | 1 | 86 | ,634 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,228 | 1 | 83,706 | ,634 |
| | Based on trimmed mean | ,064 | 1 | 86 | ,801 |
| Utilizar suporte instrumental | Based on Mean | ,442 | 1 | 86 | ,508 |
| | Based on Median | ,501 | 1 | 86 | ,481 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,501 | 1 | 85,612 | ,481 |
| | Based on trimmed mean | ,434 | 1 | 86 | ,512 |
| Utilizar suporte social emocional | Based on Mean | 5,698 | 1 | 86 | ,019 |
| | Based on Median | 5,613 | 1 | 86 | ,020 |
| | Based on Median and with adjusted df | 5,613 | 1 | 85,698 | ,020 |
| | Based on trimmed mean | 6,195 | 1 | 86 | ,015 |
| Religião | Based on Mean | ,395 | 1 | 86 | ,531 |
| | Based on Median | ,024 | 1 | 86 | ,878 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,024 | 1 | 73,253 | ,878 |
| | Based on trimmed mean | ,307 | 1 | 86 | ,581 |
| Reinterpretação positiva | Based on Mean | 2,491 | 1 | 86 | ,118 |
| | Based on Median | 2,765 | 1 | 86 | ,100 |
| | Based on Median and with adjusted df | 2,765 | 1 | 85,441 | ,100 |
| | Based on trimmed mean | 2,337 | 1 | 86 | ,130 |
| Auto-culpabilização | Based on Mean | ,490 | 1 | 86 | ,486 |
| | Based on Median | ,558 | 1 | 86 | ,457 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,558 | 1 | 85,999 | ,457 |
| | Based on trimmed mean | ,559 | 1 | 86 | ,457 |
| Aceitação | Based on Mean | 11,574 | 1 | 86 | ,001 |
| | Based on Median | 6,920 | 1 | 86 | ,010 |

| | | | | | |
|--|--------------------------------------|--------|---|--------|------|
| | Based on Median and with adjusted df | 6,920 | 1 | 80,039 | ,010 |
| | Based on trimmed mean | 10,640 | 1 | 86 | ,002 |
| Expressão de sentimentos | Based on Mean | ,007 | 1 | 86 | ,932 |
| | Based on Median | ,028 | 1 | 86 | ,868 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,028 | 1 | 85,905 | ,868 |
| | Based on trimmed mean | ,009 | 1 | 86 | ,925 |
| Negação | Based on Mean | 2,126 | 1 | 86 | ,148 |
| | Based on Median | 1,504 | 1 | 86 | ,223 |
| | Based on Median and with adjusted df | 1,504 | 1 | 81,914 | ,224 |
| | Based on trimmed mean | 1,537 | 1 | 86 | ,218 |
| Auto distração | Based on Mean | 1,856 | 1 | 86 | ,177 |
| | Based on Median | 1,982 | 1 | 86 | ,163 |
| | Based on Median and with adjusted df | 1,982 | 1 | 85,987 | ,163 |
| | Based on trimmed mean | 2,030 | 1 | 86 | ,158 |
| Desinvestimento comportamental | Based on Mean | ,438 | 1 | 86 | ,510 |
| | Based on Median | ,227 | 1 | 86 | ,635 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,227 | 1 | 85,627 | ,635 |
| | Based on trimmed mean | ,982 | 1 | 86 | ,324 |
| Uso de substâncias (medicamentos/alcool) | Based on Mean | ,882 | 1 | 86 | ,350 |
| | Based on Median | ,248 | 1 | 86 | ,620 |
| | Based on Median and with adjusted df | ,248 | 1 | 84,786 | ,620 |
| | Based on trimmed mean | ,396 | 1 | 86 | ,531 |
| Humor | Based on Mean | 3,783 | 1 | 86 | ,055 |
| | Based on Median | 4,343 | 1 | 86 | ,040 |
| | Based on Median and with adjusted df | 4,343 | 1 | 85,966 | ,040 |
| | Based on trimmed mean | 3,681 | 1 | 86 | ,058 |

Test Statistics^a

| | Mann-Whitney U | Wilcoxon W | Z | Asymp. Sig. (2-tailed) | Exact Sig. (2-tailed) | Exact Sig. (1-tailed) | Point Probability |
|-----------------------------------|----------------|------------|--------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| Coping Activo | 945,500 | 1935,500 | -,192 | ,848 | ,850 | ,425 | ,002 |
| Planear | 913,000 | 1903,000 | -,473 | ,636 | ,640 | ,320 | ,003 |
| Utilizar suporte instrumental | 860,500 | 1850,500 | -,908 | ,364 | ,367 | ,183 | ,001 |
| Utilizar suporte social emocional | 868,500 | 1858,500 | -,874 | ,382 | ,384 | ,192 | ,001 |
| Religião | 657,500 | 1647,500 | -2,651 | ,008 | ,008 | ,004 | ,000 |
| Reinterpretação positiva | 757,000 | 1747,000 | -1,793 | ,073 | ,073 | ,037 | ,000 |
| Auto-culpabilização | 864,500 | 1854,500 | -,883 | ,377 | ,380 | ,190 | ,001 |
| Aceitação | 677,500 | 1667,500 | -2,501 | ,012 | ,012 | ,006 | ,000 |
| Expressão de sentimentos | 967,500 | 1957,500 | -,004 | ,997 | ,998 | ,499 | ,002 |
| Negação | 935,000 | 1925,000 | -,282 | ,778 | ,781 | ,390 | ,002 |
| Auto distração | 823,500 | 1813,500 | -1,229 | ,219 | ,220 | ,110 | ,001 |

| | | | | | | | |
|--|---------|----------|--------|------|------|------|------|
| Desinvestimento comportamental | 888,000 | 1878,000 | -1,119 | ,263 | ,333 | ,166 | ,004 |
| Uso de substâncias (medicamentos/alcool) | 925,000 | 1915,000 | -,994 | ,320 | ,616 | ,308 | ,125 |
| Humor | 703,000 | 1693,000 | -2,273 | ,023 | ,024 | ,012 | ,000 |

a. Grouping Variable: O bebê nasceu prematuro?

Acha que vai ter um bebê prematuro? * O bebê nasceu prematuro? Crosstabulation

| | | | O bebê nasceu prematuro? | | Total |
|-------------------------------------|-----|-------------------------|--------------------------|-----------------------|--------|
| | | | antes da 37 semanas | depois das 37 semanas | |
| Acha que vai ter um bebê prematuro? | sim | Freq. | 30 | 10 | 40 |
| | | % Vai ter um prematuro? | 75,0% | 25,0% | 100,0% |
| | não | Freq. | 14 | 34 | 48 |
| | | % Vai ter um prematuro? | 29,2% | 70,8% | 100,0% |
| Total | | Freq. | 44 | 44 | 88 |
| | | % Vai ter um prematuro? | 50,0% | 50,0% | 100,0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) | Point Probability |
|------------------------------------|---------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| Pearson Chi-Square | 18,333 ^a | 1 | ,000 | ,000 | ,000 | |
| Continuity Correction ^d | 16,546 | 1 | ,000 | | | |
| Likelihood Ratio | 19,058 | 1 | ,000 | ,000 | ,000 | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,000 | ,000 | |
| Linear-by-Linear Association | 18,125 ^c | 1 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| N of Valid Cases | 88 | | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20,00.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 4,257.