



LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

Vinculação Materna, Ansiedade e
Imagem Corporal no último
Trimestre da Gravidez.

Ana Sofia dos Santos Cavaleiro

Orientador de Dissertação:
Prof. Dra. Ivone Patrão

Coordenador de Seminário de Dissertação:
Prof. Dra. Ivone Patrão

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:
Mestrado em Psicologia Clínica

2011/2012

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora
Dra. Ivone Patrão, apresentada no ISPA – Instituto Universitário
para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia
Clínica

Agradecimentos

Quero agradecer, em primeiro lugar, à Professora Ivone Patrão pelo apoio fundamental e pela disponibilidade total que sempre demonstrou ao longo deste ano para a realização desta Dissertação e que sem sua ajuda e orientação a conclusão deste trabalho não seria possível.

Ao Hospital CUF Descobertas, em especial à Enfermeira Lurdes do serviço de Saúde Materna e à Dr.^a Conceição Telhado, coordenadora do serviço de Ginecologia e Obstetrícia pela simpatia e excepcional prontidão na recolha dos dados.

Ao Centro de Saúde de Alvalade, em especial à psicóloga Helena Carmo e à Enfermeira Ana do serviço de Saúde Materna pela fundamental colaboração e simpatia na recolha dos dados.

Às minhas colegas de turma de Seminário de Dissertação por todas as informações partilhadas e pela entreaajuda fundamental.

E, por fim, à minha família e amigos que sempre se mostraram disponíveis, por me motivarem a ser sempre uma pessoa melhor e acreditarem em mim e sem eles tudo era muito mais complicado.

Resumo

A importância de uma gravidez saudável e de uma boa saúde materna é fundamental para que se consiga predizer a saúde do feto e, posteriormente, a saúde, organização e maturação da identidade do bebé.

Esta investigação tem como objectivo geral analisar a associação entre a ansiedade, a imagem corporal e a vinculação materna durante o último trimestre da gravidez. Com uma amostra de 100 grávidas foram utilizados instrumentos como questionário Sócio-demográfico, a versão materna da Escala de Vinculação Pré-Natal (AEAS) de John Condon (1993 - versão portuguesa por Gomez e Leal 2007), a Escala de Ansiedade para Grávidas (ASP) de Doyle-Waters (1994) e a Escala de Medida em Imagem Corporal (EMIC) de Souto (1999).

As participantes desta investigação mostraram níveis elevados de ansiedade, principalmente em relação à saúde do bebé, trabalho de parto e atractividade, e níveis de vinculação materna e imagem corporal satisfatórios. Os resultados indicaram, também, uma relação significativa bastante negativa entre a ansiedade e a imagem corporal ($p = -0.554$). Foram, ainda, encontradas relações significativas entre características sociodemográficas e os factores psicológicos como a ansiedade e o curso de preparação para o parto ($p = 0.018$), a vinculação materna e a actual gravidez ($p = 0.007$) e entre a imagem corporal e o índice de massa corporal ($p = 0.032$), entre outros.

Os resultados obtidos podem contribuir para uma melhor compreensão de alguns factores psicológicos importantes que influenciam a gravidez, para a criação de alvos e estratégias de intervenção para actuar mais eficazmente.

PALAVRAS-CHAVE: Vinculação Materna, Ansiedade, Imagem Corporal.

Abstract

The importance of a healthy pregnancy and a good maternal health is crucial in order to be able to predict the health of the fetus and the health, organization and maturation of the identity of the baby.

This investigation aims at analyzing the association between anxiety, body image and maternal attachment during the last trimester of pregnancy. The sample was composed by 100 pregnant women and used instruments such as Social-demographic data, the maternal version of Antenatal Emotional Attachment Scale (AEAS) of John Condon (1993 – portuguese version by Gomez and Leal 2007), Anxiety Scale for Pregnancy (ASP) of Doyle-Waters (1994) and Measure Scale in Body Image (EMIC) of Souto (1999).

The participants of this investigation showed high levels of anxiety, especially in relation to the baby's health, labor and attractiveness, and levels of maternal attachment and body image satisfactory. The results also indicated a significant relationship rather negative between anxiety and body image ($p = -0.554$). It was also found significant relationships between sociodemographic and psychological factors such as anxiety and the course of preparation for childbirth ($p = 0.018$), maternal attachment and current pregnancy ($p = 0.007$) and between body image and body mass index ($p = 0.032$), among others.

The results can contribute to a better understanding of some important psychological factors which influence pregnancy, to create targets and strategies for intervention to operate more efficiently.

KEY-WORDS: Maternal Attachment, Anxiety, Body Image.

Índice

Introdução.....	8
Método	
Tipo de estudo.....	15
Amostra.....	15
Material.....	17
Procedimento.....	22
Resultados.....	24
Discussão.....	32
Considerações Finais.....	36
Referências Bibliográficas.....	38
Anexos	
Anexo 1. Revisão Teórica dos Conceitos Chave.....	44
Anexo 2. Pedidos de Autorização para a recolha da amostra e das escalas.....	57
Anexo 3. Instrumentos.....	64
Anexo 4. Outputs da Estatística Descritiva e Inferencial.....	71

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Frequências e % das variáveis sócio - demográficas (n=100).....	16
Tabela 2 - Frequências e % das variáveis comportamentos de saúde e hábitos de vida (n=100).....	17
Tabela 3 – Valores da consistência interna das Escala de Vinculação Pré-Natal, Escalas de Ansiedade para Grávidas e da Escala de Medida em Imagem Corporal.....	21
Tabela 4 - Descrição dos níveis de ansiedade da dimensão Atractividade (n=100).....	24
Tabela 5 - Descrição dos níveis de ansiedade da dimensão Bebê (n=100).....	24
Tabela 6 - Descrição dos níveis de ansiedade da dimensão Trabalho de Parto (n=100).....	25
Tabela 7 – Descrição dos níveis de ansiedade da dimensão Relação Conjugal (n=100).....	25
Tabela 8 - Descrição dos níveis de ansiedade da dimensão Suporte (n=100).....	26
Tabela 9 – Análise Descritiva dos níveis de vinculação materna da dimensão Qualidade da Vinculação, Intensidade da Vinculação e Vinculação Geral (n=100).....	26
Tabela 10 – Análise Descritiva dos níveis de imagem corporal das dimensões Realidade Corporal, Ideal Corporal, Apresentação Corporal e Imagem Corporal Geral (n=100).....	27
Tabela 11 – Correlação de Pearson para a relação entre ansiedade, vinculação materna e imagem corporal.....	27
Tabela12 - Associação da Ansiedade com as variáveis sócio-demográficas e comportamentos de saúde e hábitos de vida.....	29
Tabela13 - Associação da Vinculação Pré-Natal Materna com as variáveis sócio-demográficas e comportamentos de saúde e hábitos de vida.....	30
Tabela14 - Associação da Imagem Corporal com as variáveis sócio-demográficas e comportamentos de saúde e hábitos de vida.....	31

Introdução

Ao longo dos anos os temas gravidez e maternidade têm sido alvos crescentes de estudos e investigações para que se consiga uma melhor compreensão das suas complexidades (Haedt & Keel, 2007).

Vários autores referem que é, ainda, a partir da gravidez que se compreenderá melhor todo processo que implica a maternidade, pois é aqui que começam os primeiros sinais de vinculação entre a mãe e o bebé e a vinculação materna é um importante factor no desenvolvimento da criança. A importância de uma gravidez saudável e de uma boa saúde materna é fundamental para que se consiga prever a saúde do feto e, posteriormente, a saúde e a organização e maturação da identidade do bebé, proporcionando, na sua vida futura, relações de qualidade com outros indivíduos (Haedt & Keel, 2007; Castello & Moraes, 2009; Borsa, 2007; Leal, 2001).

A gravidez e a maternidade são processos dinâmicos em desenvolvimento e em constante adaptação, embora a primeira seja um processo limitado no tempo e a segunda um processo que se estende ao longo da vida de uma mulher, estão interligados pois quando existe um projecto adaptativo de maternidade a gravidez é uma época que, psicologicamente, permite a preparação para ser mãe (Canavarro, 2001).

A gravidez é um período de transformações psicológicas, fisiológicas e sociais que pode ter representações positivas ou negativas por parte da mulher. Esta pode encará-la como uma fase de desenvolvimento e crescimento em que o sentimento de maternidade desempenha uma forma crucial no modo de a encarar ou, por outro lado, pode ser vista como uma representação negativa, ou seja, pouco sensíveis à mudança e com dificuldades em conjugá-las, que leva a comportamentos de desorganização e a reacções patológicas, normalmente, as mulheres com estas reacções são mulheres mais velhas, já com complicações obstétricas (Haedt & Keel, 2007; Castello & Moraes, 2009).

. Existem diferentes factores que vão determinar as representações de gravidez e maternidade como os factores históricos e sócio-culturais, os factores genéticos e os factores associados à história pessoal da mulher como a sua relação com a figura materna, as experiências prévias de gravidez e maternidade, a sua profissão, as relações interpessoais e a sua relação conjugal, todas estas características constituem a personalidade da mulher o que vai influenciar o modo como esta se vai comportar durante a gravidez (Canavarro, 2001).

Canavarro (2001) assinala uma série de tarefas desenvolvimentais da maternidade que acompanham o período da gravidez e do puerpério, são estas a aceitação da gravidez, a aceitação da realidade do feto, a reavaliação e reestruturação da relação com os pais e com o companheiro, a aceitação do bebé como uma pessoa separada de si, a reavaliação e reestruturação da sua própria identidade para conseguir integrar e desenvolver a identidade materna e a reavaliação e reestruturação da relação com os outros filhos, caso existam. Podemos observar, assim, que a adaptação à maternidade é um processo que envolve muitas mudanças que podem desencadear períodos de crise e de stress quando não superadas, influenciando o equilíbrio emocional, fundamentais para uma boa capacidade de cuidar e contribuir para um adequado desenvolvimento da criança.

A relação com o bebé começa ainda no período pré-natal através das expectativas, pensado no sexo do bebé, no nome, na atribuição de características físicas do bebé imaginário, da interacção entre ambos e de conseguir colocar-se no lugar do bebé criando, assim, um modelo relacional que influencia a vinculação entre a díade mãe-bebé e que dá ao bebé conforto e segurança (Piccinini et al, 2009; Soares, 2001; Borsa, 2007).

Mas apesar da importância da vinculação pré-natal, segundo Figueiredo (2003), o fenómeno da vinculação materno-fetal varia de mulher para mulher pois para muitas o vínculo surge apenas após o nascimento ou mesmo nos dias que o seguem, podendo mesmo acontecer que uma semana após o parto algumas mães não sentirem ainda nenhum afecto especial pelo filho.

A vinculação pré-natal requer especial atenção e importância pois está comprovado que é um bom indicador de que a mãe tem comportamentos adequados ao período que está a viver (Ossa, Bustos & Fernandez, 2011).

Segundo Doan e Zimerman (citado por Schmidt & Argimon, 2009), existem inúmeros factores que influenciam directamente a vinculação materna no período pré-natal, como as próprias características da mulher (empatia, ansiedade e depressão), as atitudes para com a gravidez, os factores situacionais vivenciados durante a gestação, o apoio social durante a gravidez, a relação conjugal, as características da gravidez, incluindo os sintomas físicos sentidos, se foi uma gravidez planeada ou não, os factores demográficos, a paridade, salvaguardando que o facto das primíparas vivenciarem este processo de uma forma mais profunda não significa que seja necessariamente mais importante relativamente às multíparas, e a existência ou não de perdas perinatais.

À medida que os meses de gestação vão aumentando a vinculação entre a díade mãe-bebé vai ficando mais forte e mais rica, através das expressões de afecto e através do toque na barriga e da fala (Laxton-Kane & Slade, 2002 citado por Haedt & Keel, 2007).

Sendo a gravidez um período único e caracterizado por diversas mudanças na vida de uma mulher, tanto a nível físico como psicológico, como o aumento de peso, as alterações fisiológicas e bioquímicas para que a gravidez decorra com normalidade, os medos, as inseguranças, as mudanças a nível social, laboral, familiar e por ser uma experiência de sentimentos intensos e ambivalentes capazes de originar conteúdos inconscientes na mãe é, assim, fundamental que se consiga identificar os factores que contribuem e influenciem negativamente a saúde materna e que influencie a sua interacção e vinculação com o feto, com o objectivo de se conseguir a criação de alvos de intervenção psicológica eficazes (Canavarro 2001; Haedt & Keel, 2007).

Apesar de todo o período da gravidez ser um processo de interacção mútua, é no último trimestre que existe um maior envolvimento, onde a vinculação aumenta e onde se começa a sentir mais acentuadamente as transformações, como o aumento exponencial da barriga e conseqüentemente a mudança da imagem corporal, pois sente-se mais intensamente os movimentos do feto, a mudança da própria postura, as alterações do sono, a maior frequência urinária, um maior cansaço, acontece a aproximação da hora do parto, a visualização das ecografias com o feto praticamente formado e a já existência da separação entre a mãe e o feto, isto é, encara o feto como um ser individual (Cole & Cole, 2004; Schmied & Lupton, 2000).

A preocupação com a transformação da imagem corporal está muitas vezes relacionada com crença criada pela sociedade de que a beleza é sinónimo de magreza, ideia que é imposta logo no começo da adolescência. Como no nascimento de um filho é fundamental que a mãe se sinta segura de si e com uma boa auto-estima, a construção da sua auto-imagem tem que ser adequada para si própria se não tenderá a julgar-se incapaz de cuidar do filho e sentir-se-á com total insegurança, desvalorizada e ansiedade, o que vai prejudicar a vinculação e o recém-nascido poderá arcar com problemas psicossomáticos acrescidos como o choro excessivo, intensificação de cólicas, dificuldades em dormir, entre outros, passando este a ser visto como angustiante e impossível de cuidar (Chang, Chao & Kenney, 2006).

Verifica-se que as mulheres com peso normal antes da gravidez estão mais sujeitas a visualizarem a sua imagem corporal como negativa, durante a gravidez, do

que as mulheres que tinham excesso de peso anteriormente, mostrando muita preocupação em sentirem-se menos atraentes e bonitas, o que pode afectar o seu bem-estar e implicar uma menor vinculação materna por estarem demasiado preocupadas com a sua aparência física e, por vezes, verem o bebé como a razão de se sentirem assim. Estes factores provocam conflitos internos e sentimentos ambíguos, pois existe uma preocupação entre o seu corpo e o corpo do bebé, ou seja, a preocupação de se identificar correctamente no papel de mãe, o que corresponde a uma capacidade de resposta às necessidades do seu filho, e a preocupação de não perder a sua feminilidade, englobando esta o nível profissional, intelectual e a sexualidade (Chang, Chao & Kenney, 2006; Batista & Botelho, 2008).

Existe, também, uma diferença relativa à imagem corporal da grávida entre grávidas primíparas ou múltíparas, entre a gravidez ser planeada ou não e as que reagem positivamente ou não à notícia da gravidez, sendo as grávidas primíparas as que planearam a gravidez e as que receberam positivamente a notícia desta, as que tem um maior envolvimento vincutivo com o feto e que aceitam positivamente o corpo grávido (Meireles & Costa, 2005).

Como já foi referido o modo como a mulher vê o seu corpo durante a gravidez influencia a vinculação materna e a sua identificação com o papel de mãe, pois é através do corpo que existe a interacção entre mãe e filho. Esta relação mostra que os processos físicos e psicológicos têm, de facto, uma relação bastante estreita e a importância de uma boa adequação às transformações ocorrentes na gravidez (Meireles & Costa, 2005).

Todas as transformações que ocorrem no corpo, principalmente no último trimestre da gravidez, podem provocar sentimentos de frustração, ressentimento, ambivalência, mas principalmente de ansiedade, medo e um sentimento de falta de controlo devido à aproximação da hora do parto, na qual vêm a possibilidade de voltarem a ter o corpo que tinham antes da gravidez ou, pelo contrário, estão ansiosas pois temem que o feto nasça com algum problema. Sentem, também, o desconhecido e o futuro incerto, a imprevisibilidade do parto, o poder acontecer a morte dela ou do filho, que não consiga amamentar e o medo da futura parentalidade. É importante salientar que todos estes sentimentos podem ser preditores da forma como o parto irá acontecer, sendo muito importante o ambiente hospitalar e a qualidade do serviço e atendimento pois podem contribuir muito para o apaziguamento da grávida (Schmied & Lupton, 2001; Pauls, Occhino & Dryfhout, 2008; Littleton, Breitkopf & Berenson, 2006).

A ansiedade é extremamente frequente na gravidez, sendo esta normalmente caracterizada como uma ansiedade generalizada, pois é totalmente direcionada para o momento específico da gravidez, podendo variar de mulher para mulher consoante as suas características e experiências, por exemplo, a ansiedade durante a gravidez é menor nas múltiparas comparativamente a primíparas, apesar de não ser consensual entre vários autores, ou em mulheres que frequentam cursos de preparação para o parto comparativamente a mulheres que não participam, tornando estas últimas mais vulneráveis. Apenas a expectativa da dor pode deixar a grávida ansiosa, isto é, se já teve alguma experiência anterior traumatizante que não tenha conseguido superar pode influenciar o estado emocional desta (Costa, 2006).

A ansiedade existente durante a gravidez deve-se, portanto, à necessidade de adaptação e às exigências que este período específico acarreta, tanto físicas como psicológicas e sociais. Se a mulher sentir que não consegue ter esta capacidade de adaptação e que não consegue ter uma capacidade de resposta a todas as exigências, a ansiedade predomina e influencia a sua saúde e a do feto, podendo ter consequências a longo prazo na vida do bebé. É por isso importante que a mulher tenha bons recursos pessoais, como uma boa auto-estima, estratégias de coping adequadas, suporte social e familiar, controlo e segurança sobre si e optimismo, para que se diminua o stress e, assim, conseguir que o bebé tenha uma vida saudável, pois este quando nasce conta com as experiências vividas na vida intra-uterina (Conde & Figueiredo, 2005; Rodrigues, Pérez-López & Nuez, 2004).

Segundo Conde e Figueiredo (2005) as complicações que podem existir, devido à ansiedade materna, a nível do desenvolvimento fetal podem ser bastante graves como a ocorrência de malformações craniofaciais, deficiências cardíacas ou anomalias congénitas neo-natais. Vários estudos têm vindo a confirmar que a ansiedade influencia, também, a duração da gravidez, ou seja, em mulheres mais ansiosas existe uma maior possibilidade dos bebés nascerem prematuramente e com o peso à nascença inferior ao que seria esperado e que quanto mais ansiedade e stress a mulher sentir mais reduzido o desenvolvimento cerebral do bebé será. Não são apenas os recursos pessoais da mulher que influenciam o desenvolvimento fetal e o tempo de gestação, as condições sócio económicas e culturais são, também, importantes factores para que haja complicações durante a gravidez, como por exemplo a perda de emprego do companheiro ou da própria mulher, que por si só é bastante stressante, sendo a situação agravada quando se está a passar por um período de gravidez.

A nível do comportamento fetal também se verificam influências da ansiedade, através de ultra-sonografias, como o facto de os fetos passarem mais tempo num sono passivo em comparação com fetos de mães com emoções estáveis e adequadas e a confirmação de que, quando estes bebés de mães ansiosas estão num sono activo, têm uma maior frequência e um maior número de batimentos cardíacos e de movimentos do que os outros, o que vai ter implicações no comportamento neo-natal (Conde & Figueiredo, 2005; Rodrigues, Pérez-López & Nuez, 2004)

Deste modo a ansiedade materna durante a gravidez acarreta implicações não só durante o período fetal e neo-natal, mas também enquanto criança e adulto, a nível morfológico e fisiológico do cérebro, do comportamento e emocional. A nível do comportamento encontra-se uma diminuição da capacidade para lidar com situações stressantes e uma maior frequência de distúrbios de comportamento, medo, pouco envolvimento em conhecer situações novas, introversão e pouca auto-confiança. É, também, provável que estas crianças tenham mais problemas de hiperactividade, défice de atenção e dificuldades temperamentais, implicando baixos níveis de desempenho em testes de desenvolvimento intelectual e baixos índices de ajustamento emocional (Conde & Figueiredo, 2005).

A ansiedade constitui, também, uma predisposição para que a grávida tenha comportamentos de risco durante a gravidez como a ingestão de álcool, o tabagismo ou as falhas das idas ao médico, o que é prejudicial tanto para a saúde materna como para a do feto (Mcintyre, Carvalho & Milhazes, 1997; Littleton, Breitkopf & Berenson, 2006).

Assim sendo, o objectivo geral deste estudo é analisar a associação entre a ansiedade, a imagem corporal e a vinculação materna durante o último trimestre da gravidez.

Quanto aos objectivos específicos pretende-se analisar:

- Os níveis de ansiedade.
- Os níveis de vinculação materna.
- Os níveis da imagem corporal.
- A relação entre a ansiedade, a imagem corporal e a vinculação materna.
- A relação da ansiedade com as características sócio-demográficas e comportamentos de saúde e hábitos de vida.

- A relação da imagem corporal com as características sócio-demográficas e comportamentos de saúde e hábitos de vida.
- A relação da vinculação materna pré-natal com as características sócio-demográficas e comportamentos de saúde e hábitos de vida.

Método

Tipo de estudo

O presente estudo é um estudo de delineamento quantitativo com um desenho de investigação analítico-transversal, pois explica os resultados obtidos das correlações estatísticas entre as variáveis num único momento (Pais Ribeiro, 2010).

Amostra

A amostra deste estudo é constituída por 100 mulheres que se encontram entre o 6º e o 9º mês de gravidez. Trata-se de uma amostra intencional homogénea de casos extremos, pois todas as participantes possuem uma característica específica da população que é o de se encontrarem no último trimestre da gravidez (Pais Ribeiro, 2010).

Esta amostra teve como critério de inclusão a participação voluntária na investigação, ser do sexo feminino, estar grávida e encontrar-se no último trimestre da gravidez.

As mulheres da amostra têm idades compreendidas entre os 19 e os 41 anos ($M=31.77$; $DP=4.068$), onde a maioria das participantes tinham idades compreendidas entre os 26 e os 32 anos (50%) apesar de uma grande parte terem mais de 33 anos (45%), estavam a ser acompanhadas no serviço privado de um Hospital (87%), estavam casadas ou viviam em união de facto (93 %), eram caucasianas (87%), frequentaram o Ensino Superior (71%), estavam empregadas (92 %), habitavam apenas com o marido (88%) e eram primíparas (58%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Frequências e % das Variáveis Sócio - Demográficas (n=100)

	Categorias	Frequências	%
Classes de idade	19 - 25 anos	5	5%
	26 - 32anos	50	50%
	> = 33 anos	45	45%
Proveniência	Centro de Saúde área de Lisboa	13	13%
	Hospital Privado em Lisboa	87	87%
Estado civil	Solteira	7	7%
	Casada /União de facto	93	93%
	Divorciada	0	0%
	Viúva	0	0%
Etnia	Caucasiana	87	87%
	Africana	4	4%
	Indiana	0	0%
	Outra	9	9%
Habilitações Literárias	Não frequentou a escola	0	0%
	4 anos de escolaridade	1	1%
	6 anos de escolaridade	0	0%
	9 anos de escolaridade	3	3%
	12 de escolaridade	25	25%
	Ensino superior	71	71%
Situação Profissional	Empregada	92	92%
	Desempregada	8	8%
	Reformada	0	0%
Habita com	Marido	88	88%
	Pai	1	1%
	Mãe	0	0%
	Irmãos	0	0%
	Outros Familiares	0	0%
	Marido e outros Familiares	7	7%
	Marido e Pai	1	1%
	Marido e Mãe	1	1%
Actual gravidez	Primípara	58	58%
	Múltípara	42	42%

Quando observada a tabela 2 podemos constatar que a maioria das mulheres se encontra com um índice de massa corporal (IMC) correspondente a um peso normal (79%), em que a curva de aumento de peso durante a gravidez encontra-se dentro da normalidade (62%) e não têm ou tiveram algum tipo de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico (92%). Podemos observar, ainda, que a maioria não fuma (76%), não praticam exercício físico (68%), dormem bem (74%) e não frequentam um curso de preparação para o parto (71%).

Tabela 2 - Frequências e % Variáveis Comportamentos de Saúde e Hábitos de vida (n=100)

	Categorias	Frequências	%
IMC actual do terceiro trimestre de gravidez	Sub-nutrição	2	2%
	Peso Normal	79	79%
	Excesso de Peso	16	16%
	Obesidade	2	2%
	Obesidade grave	1	1%
Curva de Aumento de Peso (Boletim de Saúde da Grávida)	Dentro do Normal	62	62%
	Fora do Normal	38	38%
Acompanhamento Psicológico/ Psiquiátrico	Não	92	92%
	Sim	8	8%
Tabaco	Não Fumo	76	76%
	Fumo	8	8%
	Deixei de Fumar	16	16%
Exercício Físico	Não Pratico	68	68%
	Pratico	32	32%
Sono	Não durmo bem	26	26%
	Durmo bem	74	74%
Curso de Preparação para o parto	Não Freqüente	71	71%
	Freqüente	28	28%

Material

Para este estudo, foi utilizado o Questionário Sócio-Demográfico (Cavaleiro & Patrão, 2011), a Escala de Vinculação Pré-Natal (Condon, 1993), a Escala de Ansiedade para Grávidas (Doyle Waters, 1994) e a Escala de Medida em Imagem Corporal (Souto, 1999).

Questionário Sócio – Demográfico

Este questionário (Cavaleiro & Patrão, 2011) foi criado para se conhecer melhor a amostra da população em estudo através de variáveis como a Idade, a Etnia, o Estado Civil, o Agregado Familiar, a Escolaridade e a Situação Profissional.

Cada uma destas variáveis foi agrupada em diferentes classes, a Idade foi agrupada em três classes de “19 – 25”; “26 – 32”; “≥33” transformando-se na variável grupo etário, para a variável Etnia as classes foram “Caucasiana”; “Africana”; “Indiana”; “Outra”, para a variável Habilitações Literárias considerou-se as classes

“Não frequentou a escola”; “4 anos de escolaridade”; “6 anos de escolaridade”; “9 anos de escolaridade”; “12 anos de escolaridade”; “Ensino Superior”. Em relação à Situação Profissional as classes foram “Empregada”; “Desempregada”; “Reformada”, para a variável Estado Civil foram “Solteira”; “Casada/União de Facto”; “Divorciada”; “Viúva”, quanto ao Agregado Familiar foi dada a oportunidade de que as participantes respondessem mais do que uma opção, sendo as opções “Marido”; “Pai”; “Mãe”; “Irmãos”; “Outros Familiares”.

Em relação, especificamente, à actual gravidez avaliou-se se esta era primípara ou múltipara, qual a altura, o peso antes da gravidez e o actual para medir o índice de massa corporal (IMC) e para observarmos o aumento de peso durante a gravidez segundo a curva de normalidade do Boletim da Grávida do Ministério da Saúde, pois é fundamental para verificarmos se existe excesso de peso ou não.

Para analisarmos os comportamentos de saúde e hábitos de vida avaliámos as variáveis seguintes: Portadoras de alguma Doença Física, Intervenção Psicológica ou Psiquiátrica, o Sono, a Prática de Exercício Físico, o Tabagismo e o Curso de Preparação para o Parto. Todas as questões relativas aos comportamentos de saúde e hábitos de vida foram avaliadas através de uma questão dicotómica “sim” ou “não”, apenas na questão das Doenças Físicas acrescentou-se uma questão aberta e na questão sobre o tabaco acrescentou-se a hipótese “Deixei de fumar”.

Escala de Vinculação Pré-Natal

A Escala de Vinculação Pré-Natal (AEAS) foi criada por John Condon em 1993 e adaptada para a população portuguesa por Gomez & Leal em 2007, com o objectivo de estudar e analisar o envolvimento emocional pré-natal, medindo o nível de vinculação (sentimentos, atitudes e comportamentos) dos pais e mães relativamente ao feto. Este instrumento é constituído por duas escalas, uma para os pais (versão paterna) com 16 itens e outra para as mães (versão materna) com 19 itens. Ao validar esta escala para a população portuguesa a versão materna final ficou com 17 itens e a paterna com 14, onde cada uma contém duas sub-escalas que avaliam áreas distintas da vinculação a *Qualidade da Vinculação* e a *Intensidade da Vinculação*. No presente estudo foi apenas utilizada a versão materna, em que os itens da dimensão *Qualidade da Vinculação* são os itens 3, 6, 9,10, 11, 12, 13, 15 e 16 e os itens da dimensão *Intensidade da Vinculação* são os itens 1, 2, 4, 5, 8, 14 e 17, em relação ao item 7 não pertence a nenhuma dimensão, pois este obteve um baixo peso factorial em ambos os domínios está, assim,

inserido no conjunto da escala global. Esta escala é uma escala de tipo Likert, em que cada afirmação tem 5 hipóteses de resposta que podem ser de cotação crescente (1 a 5) ou inversa (5 a 1), os itens invertidos são os itens 1, 3, 5, 6, 7, 9, 13, 14 e 16, os de cotação crescente são os itens restantes. A pontuação de cada sub-escala é obtida através da soma dos itens que estão inseridos em cada uma delas e a pontuação total obtém-se através da soma de todos os itens existentes, relativamente à dimensão *Qualidade de Vinculação* os valores podem ir de 9 a 45 e na dimensão *Intensidade de Vinculação* de 7 a 35. Os valores que se obtêm genericamente são um tipo de vinculação muito positiva ou um tipo de vinculação muito negativa, não existindo um padrão standard, assim, o valor mínimo que se pode obter no total da escala é de 17 e o máximo de 85, por esta razão foi criado um valor de corte para cada dimensão e para a escala geral, sendo o valor de corte para a *Qualidade de Vinculação* de 22.5, para a *Intensidade de Vinculação* de 17.5 e para o geral de 42.5, sendo os valores acima destes considerados positivos. O presente instrumento, na validação para a população portuguesa, conta com uma boa fidelidade e consistência interna pois apresenta um alpha de 0,77 para a versão materna e de 0,78 para a paterna. No presente estudo os resultados da análise da consistência interna desta escala no que diz respeito à validade, sensibilidade e fiabilidade, apresenta uma boa consistência interna com valores de alpha de cronbach de 0.74 na totalidade, 0.60 na dimensão Qualidade da Vinculação e 0.62 na dimensão Intensidade da Vinculação (Tabela 3).

Escala de Ansiedade para Grávidas

A Escala de Ansiedade para Grávidas (ASP) foi utilizada através da técnica tradução-retroversão, e foi criada por Doyle-Waters em 1994 com o objectivo de avaliar os níveis e a intensidade da ansiedade da mulher durante a gravidez. Composta por 14 itens onde analisa cinco dimensões como a *Atractividade* (itens 11 e 13), a *Relação Conjugal* (itens 1, 8 e 10) o *Bebé* (itens 3, 7 e 9) o *Trabalho de Parto* (itens 2, 5 e 12) e *Suporte* (itens 4, 6 e 14), estas sub-escalas fornecem informação sobre como a mulher se sente em relação a aspectos da sua vida que são afectados pela gravidez. Esta escala é de tipo Likert em que cada afirmação tem 4 hipóteses de resposta que vai desde nada (1 ponto), pouco (2 pontos), moderadamente (3 pontos) a muito (4 pontos), sendo os 4 pontos o máximo de pontos para o estado mais elevado da ansiedade nos itens negativos (2, 3, 5, 11, 12, 13 e 14), e o mínimo de pontos para o nível mais baixo de ansiedade para as afirmações positivas, os itens restantes a cotação é feita no modo inverso. Em

relação à pontuação total pode ser o mínimo de 14 e o máximo de 56 pontos e obtém-se através da soma dos itens que estão inseridos em cada dimensão, onde os valores obtidos genericamente são um estado de ansiedade muito elevado ou um estado de ansiedade muito baixo, não havendo um padrão standart por esta razão foi criado um valor de corte para cada dimensão e para a escala geral em que todos os valores acima destes são considerados níveis de ansiedade elevados, sendo o valor de corte para a escala geral de 28. Relativamente às dimensões *Bebé*, *Trabalho de Parto*, *Relação Conjugal e Suporte* os valores mínimos e máximos variam entre 3 e 12, respectivamente e com um valor de corte de 6, quanto à dimensão *Atractividade* varia entre 2 a 8 valores, com um valor de corte de 4. O presente instrumento, no estudo original, conta com uma boa fidelidade e consistência interna pois apresenta um alpha de 0.96 para o total da escala e 0.81 para as dimensões *Bebé*, 0.59 para a *Atractividade*, 0.47 para o *Suporte*, 0.80 para *Trabalho de Parto* e 0.70 para a *Relação Conjugal*. No presente estudo os resultados da análise da consistência interna desta escala no que diz respeito à validade, sensibilidade e fiabilidade, apresenta uma boa consistência interna com valores de alpha de cronbach de 0.79 na totalidade, 0.78 na dimensão *Atractividade*, 0.67 na dimensão *Relação Conjugal*, 0.69 na dimensão *Bebé*, 0.74 na dimensão *Trabalho de Parto*, com a excepção da dimensão *Suporte* com 0.38, que é considerado um alfa inaceitável (Tabela 3).

Escala de Imagem Corporal

A Escala de Medida em Imagem Corporal (EMIC) foi criada por Souto em 1999 com o objectivo de servir a prática de enfermagem para investigação de alterações da imagem corporal e adaptada para a população de grávidas por Cairolli & Shimo em 2007. Esta escala é composta por 23 itens que avaliam três dimensões distintas a *Realidade Corporal* (itens 1, 8, 9, 13, 16, 17 e 20), o *Ideal Corporal* (itens 2, 4, 5, 6, 7, 10, 14, 18, 19, 21 e 22) e a *Apresentação Corporal* (itens 3, 11, 12, 15 e 23). Relativamente à cotação este instrumento é uma escala de tipo Likert, em que cada afirmação tem 5 hipóteses de resposta que vai desde nunca (1 pontos), raramente (2 pontos), às vezes (3 pontos), frequentemente (4 pontos) a sempre (5 pontos), onde a pontuação total é obtida através da soma dos itens que estão inseridos em cada dimensão, sendo que os itens 1, 2, 4, 8 e 9 são cotados de forma crescente e os restante são cotados de forma invertida, relativamente aos valores que podem ser obtidos no total variam entre 23 a 115, na dimensão *Realidade Corporal* variam entre 7 a 35, na dimensão *Ideal Corporal* variam entre 11 a 55 e na dimensão *Apresentação Corporal*

variam entre 5 a 25, onde valores mais altos correspondem a traços mais positivos e mais baixos mais negativos quanto à imagem corporal, por esta razão foi criado um valor de corte para cada dimensão e para a escala geral, sendo o valor de corte para a *Realidade Corporal* de 17.5, para a *Ideal Corporal* de 27.5, para a *Apresentação Corporal* de 12.5 e para o geral de 57.5, sendo os valores acima destes considerados positivos. A Escala de Medida em Imagem Corporal quando aplicada a grávidas obteve uma boa fidelidade e consistência interna pois apresenta um alpha de 0.91 em relação à escala total e um alpha de 0.78 para a dimensão *Realidade Corporal*, 0.86 para o *Ideal Corporal* e 0.62 para a *Apresentação Corporal*. No presente estudo os resultados da análise da consistência interna desta escala no que diz respeito à validade, sensibilidade e fiabilidade, apresenta uma boa consistência interna com valores de alpha de cronbach de 0.94 na totalidade, 0.80 na dimensão Realidade Corporal, 0.91 na dimensão Ideal Corporal e 0.69 na dimensão Apresentação Corporal (Tabela 3).

Assim, as diferentes dimensões evidenciam níveis de consistência interna considerados de um nível aceitável a um nível bom, ou seja, no geral indicam uma boa consistência interna, com exceção da dimensão Suporte ($\alpha=0.38$) pois obteve valores inaceitáveis, o que indica uma fragilidade nesta dimensão existindo uma grande variabilidade de respostas entre as várias participantes, sendo assim uma amostra heterogénea nesta dimensão (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

Tabela 3 – Valores da consistência interna das Escala de Vinculação Pré-Natal, Escalas de Ansiedade para Grávidas e da Escala de Medida em Imagem Corporal

Escala	Dimensão	α
AEAS	Total da Escala	0.74
	Qualidade da Vinculação	0.60
	Intensidade da Vinculação	0.62
ASP	Total da Escala	0.79
	Atractividade	0.77
	Relação Conjugal	0.67
	Bebé	0.69
	Trabalho de Parto	0.74
	Suporte	0.38
EMIC	Total da Escala	0.94
	Realidade Corporal	0.80
	Ideal Corporal	0.90
	Apresentação Corporal	0.69

Procedimento

Foi realizada uma Recolha Bibliográfica que foi feita através de pesquisas na biblioteca do ISPA e nas plataformas de busca online como a EBSCO, pesquisando na sua base de dados através da PsycINFO, PsycARTICLES e PEP Archive, utilizando as palavras-chave: *pregnancy*, *body satisfaction*, *anxiety* e *maternal attachment*, e em outras plataformas como a Web of Knowledge e a B-On.

Para a aquisição das escalas, foi contactada a Prof. Dra. Isabel Leal para a autorização da utilização da Escala de Vinculação Pré-natal, uma vez que tinha realizado a sua aferição para a população portuguesa em conjunto com a Dra. Rita Gomez, através de e-mail. Para a Escala de Medida em Imagem Corporal foi contactada, também através de e-mail, a Dra. Angela Neves, autora do livro “Avaliação da Imagem Corporal: instrumentos e diretrizes para pesquisa” que continha a escala pretendida, com o objectivo de obter o contacto da Dra. Souto. Quanto à utilização da Escala de Ansiedade para Grávidas, a sua versão integral estava disponível ao público na internet, pelo que não foi necessário pedir autorização.

Tendo em conta a especificidade da população do presente estudo a amostra foi recolhida em locais específicos. Foi contactado um Centro de Saúde da área de Lisboa, através de uma reunião com a psicóloga e com as enfermeiras da Saúde Materna para explicar os objectivos e pedir a autorização, e vários Hospitais Privados da área de Lisboa, através do envio de uma carta registada com aviso de recepção para obter a autorização da recolha da amostra.

Posteriormente, quando a autorização já estava consentida no Centro de Saúde, os questionários eram dados às enfermeiras da Saúde Materna que, nas consultas de rotina, explicavam os objectivos e a confidencialidade e pediam às grávidas para preencherem, ainda no decorrer das consultas. De seguida, era devolvido às enfermeiras que os guardavam dentro de um envelope próprio. Em relação ao Hospital privado, foi realizada uma reunião com a coordenadora da especialidade de ginecologia/obstetrícia para explicar os objectivos do trabalho e, após a autorização consentida, a enfermeira da Saúde Materna foi contactada e o procedimento foi idêntico ao do Centro de Saúde, acrescentando apenas que era, também, pedido o preenchimento e explicado os objectivos na sala de espera para as consultas pelas auxiliares e pela investigadora.

Após a recolha da amostra, procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados obtidos através do programa SPSS (Versão 20.0 para Windows) para efectuar a análise

descritiva das variáveis sócio-demográficas, comportamentos e hábitos de saúde e dos valores obtidos pelos questionários utilizados de forma a obter-se a frequência e percentagem acumulada dos valores para percebermos quais os níveis da ansiedade, vinculação materna e imagem corporal. Utilizou-se o Alpha de Cronbach de forma a estimar a fiabilidade de cada um dos factores das escalas originais.

De seguida, a análise inferencial foi realizada de forma a perceber quais os testes estatísticos (paramétricos ou não paramétricos) usados para estudar as variáveis em relação à sua normalidade e homogeneidade. Para tal, utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov e o teste de Levene., onde sempre que o *p-value* do teste era inferior a 0.05 concluiu-se que as variáveis em estudo não tinha distribuição normal nem eram homogéneas, sendo mais prudente utilizar testes não paramétricos. Foram utilizados os testes Mann-Whitney Wilcoxon e Kruskal-Wallis que se destinam a verificar se existem diferenças entre duas amostras que se estão a comparar e a testar a hipótese de existência de um parâmetro de localização comum utilizados para mais de duas amostras, respectivamente, para os objectivos de relacionar as características sócio-demográficas com a ansiedade, as características sócio-demográficas com a vinculação materna e as características sócio-demográficas com a imagem corporal. Para analisar a relação entre a ansiedade, a imagem corporal e a vinculação materna, efectuou-se uma Correlação de Pearson. Consideraram-se como efeitos estatisticamente significativos os valores obtidos com um *p-value* inferior a 0.05 para intervalos de confiança de 95%.

Resultados

Análise Descritiva dos níveis de ansiedade

No que diz respeito aos níveis de ansiedade geral a amostra apresenta valores entre 15 e 38 ($M=26.46;DP=5.407$), estando a maioria da amostra (56%) abaixo do valor de corte o que significa que a maioria das mulheres não se encontram com níveis de ansiedade acentuados, contudo apesar de não se considerar níveis de ansiedade muito elevados podemos observar que 44% das mulheres se encontram com níveis de ansiedade entre 28 e 38 o que já se pode considerar mulheres ansiosas.

Relativamente às cinco dimensões que compõem esta escala, pode-se concluir que na dimensão Atractividade ($M=4.49;DP=1.599$) 50% da amostra apresenta valores iguais ou superiores ao ponto de corte o que sugere que existe uma preocupação com este factor para metade das participantes (Tabela 4).

Tabela 4 – Descrição dos níveis de ansiedade da dimensão Atractividade (n=100)

	Frequência	%
2	12	12
3	19	19
4	19	19
5	21	21
6	20	20
7	5	5
8	4	4

Quanto à dimensão Bebê ($M=6.12;DP=1.629$), pode-se observar que mais de metade da amostra (52%) tem valores elevados no que diz respeito à preocupação com a saúde do bebé (Tabela 5).

Tabela 5 – Descrição dos níveis de ansiedade da dimensão Bebê (n=100)

	Frequência	%
3	8	8
4	12	12
5	16	16
6	12	12
7	30	30
8	20	20
9	2	2

Relativamente à dimensão Trabalho de Parto ($M=7.38;DP=2.242$) pode-se observar que 63% da amostra está preocupada com este factor (Tabela 6).

Tabela 6 – Descrição dos níveis de ansiedade da dimensão Trabalho de Parto (n=100)

	Frequência	%
3	6	6
4	6	6
5	7	7
6	18	18
7	14	14
8	15	15
9	14	14
10	12	12
11	7	7
12	1	1

Na dimensão Relação Conjugal (M=4.05;DP=1.209) pode-se observar que 96% da amostra não mostra grande preocupação com que este factor, não sendo assim uma fonte de ansiedade (Tabela 7).

Tabela 7 – Descrição dos níveis de ansiedade da dimensão Relação Conjugal (n=100)

	Frequência	%
3	44	44
4	27	27
5	14	14
6	11	11
7	3	3
8	1	1

Por último, na dimensão Suporte (M=4.42;DP=1.379) verificamos, também, que a maioria das participantes (93%) não apresenta elevados níveis de ansiedade em relação a este factor, sentindo-se confortáveis com a sua rede de suporte (Tabela 8).

Tabela 8 – Descrição dos níveis de ansiedade da dimensão Suporte (n=100)

	Frequência	%
3	30	30
4	30	30
5	20	20
6	13	13
7	4	4
8	2	2
10	1	1

Análise Descritiva dos níveis de vinculação materna

No que diz respeito aos níveis de vinculação materna, em termos gerais, a amostra apresenta valores elevados entre 53 e 81 (M=68.87;DP=5.423) e, como tal, pode considerar-se que esta amostra tem um tipo de vinculação geral muito positivo. Em relação à dimensão de Qualidade de Vinculação (M=39.50;DP=2.844), verificou-se que todos os valores obtidos são valores acima do valor de corte sendo que 77% das participantes encontram-se entre os valores 38 e 45, o que sugere que as participantes têm uma qualidade de vinculação muito positiva. Na dimensão Intensidade da Vinculação (M=27.66;DP=3.358), só existem valores positivos e 50% da amostra encontra-se com valores entre 27 e 35, o que mostra uma forte intensidade (Tabela 9).

Tabela 9 – Análise descritiva dos níveis de vinculação materna da dimensão Qualidade da Vinculação, Intensidade da Vinculação e Vinculação Geral (n=100)

	M	DP	Min.	Max.
Qualidade da Vinculação	39.5	2.844	29	45
Intensidade da Vinculação	27.66	3.358	18	35
Vinculação Geral	68.87	5.423	53	81

Análise Descritiva dos níveis de imagem corporal

Os níveis obtidos na escala de imagem corporal (M=92,25;DP=13,908), de um modo geral, indicam que esta amostra tem uma imagem corporal satisfatória, tendo 50% da amostra obtido valores entre 93 e 115 e apenas 1% ficou abaixo do valor de corte.

No que diz respeito à dimensão de Realidade Corporal (M=27,96;DP=4,173) a grande maioria (99%) está satisfeita, contudo, dentro da maioria, existem participantes (21%) que apresentam valores susceptíveis de serem melhorados, o que pode sugerir que algumas mulheres não estejam completamente satisfeitas com esta dimensão, estando os valores bastante dispersos, apesar de não se considerarem negativos. Na dimensão Ideal Corporal (M=43,24;DP=7,721), embora apenas 2% sejam considerados valores negativos, observamos que existe uma grande diversidade entre os resultados positivos nos quais 25% das mulheres podem não estar totalmente confortáveis nesta dimensão, apesar de não se considerar valores negativos. Por fim, na dimensão Apresentação Corporal (M=21,05;DP=2,855) as mulheres apresentam valores bastante

satisfatórios, onde 61% da amostra obteve valores de 20 ou superiores indicando uma satisfação com a sua apresentação corporal neste momento, não havendo nenhuma participante abaixo do valor de corte (Tabela 10).

Tabela 10 – Análise descritiva dos níveis de imagem corporal das dimensões Realidade Corporal, Ideal Corporal, Apresentação Corporal e Imagem Corporal Geral (n=100)

	M	DP	Min.	Max.
Realidade Corporal	27.96	4.173	15	35
Ideal Corporal	43.24	7.721	16	55
Apresentação Corporal	21.05	2.855	14	25
Imagem Corporal Geral	92.25	13.908	48	115

Relação entre a ansiedade, a imagem corporal e a vinculação materna

Pode-se observar na tabela 11 que existe uma correlação negativa muito forte ($p = -0,554$) entre a ansiedade e a imagem corporal, o que significa que, nesta amostra, uma imagem corporal desadequada está associada a maiores níveis de ansiedade. Em relação às outras variáveis não foi encontrada qualquer correlação significativa.

Tabela 11 – Correlação de Pearson para a relação entre ansiedade, vinculação materna e imagem corporal.

		Imagem Corporal	Vinculação Materna	Ansiedade
Imagem Corporal	Correlação Pearson	1	,041	-,554
	Sig.	—	,682	,000
Vinculação Materna	Correlação Pearson	,041	1	-,042
	Sig.	,682	—	,680
Ansiedade	Correlação Pearson	-,554	-,042	1
	Sig.	,000	,680	—

A relação da ansiedade com as características sócio-demográficas e comportamentos de saúde e hábitos de vida

Verificou-se que a ansiedade e algumas das suas dimensões apresentam relações estatisticamente significativas com diferentes variáveis. Serão mencionadas apenas as variáveis que evidenciam relações significativas ($p < 0.05$).

Existe uma relação significativa entre a dimensão Atractividade com a idade ($\chi^2 = 9.478$; $p = 0.009$), com as habilitações literárias ($\chi^2 = 10.065$; $p = 0.018$) e com o tabaco ($U = 157.0$, $p = 0.023$), ou seja, quanto mais novas forem, menos habilitações literárias tiverem e se consumirem tabaco mais ansiosas ficam relativamente à atractividade. Existe, também, uma relação significativa entre a dimensão Suporte com o facto de ter ou já ter tido acompanhamento psicológico/psiquiátrico ($U = 172.5$, $P = 0.010$), sendo que as participantes que têm ou já tiveram acompanhamento psicológico/psiquiátrico são aquelas que se sentem mais ansiosas.

A dimensão Trabalho de Parto tem uma relação significativa com o IMC ($\chi^2 = 14.354$; $p = 0.006$) e com o curso de preparação para o parto ($U = 720.0$, $p = 0.018$), sendo que as participantes com IMC de obesidade e que não frequentam o curso de preparação ficam mais ansiosas.

Por fim, a dimensão Bebê tem uma relação significativa com a variável tem ou já teve acompanhamento psicológico/psiquiátrico ($U = 188.0$, $p = 0.019$), em que as participantes que responderam afirmativamente se sentem mais ansiosas. A Ansiedade Geral tem uma relação significativa com o IMC ($\chi^2 = 9.867$; $p = 0.043$), com o facto de ter ou já ter tido acompanhamento psicológico/psiquiátrico ($U = 174.0$, $p = 0.014$) e com o consumo de tabaco ($U = 166.0$, $p = 0.035$), sendo que as participantes com o IMC de obesidade, que têm ou já tiveram acompanhamento psicológico/psiquiátrico e fumam são mais ansiosas (Tabela 12).

Tabela 12 - Associação da Ansiedade com as variáveis sócio-demográficas e comportamentos de saúde e hábitos de vida.

Variáveis	Categorias	Média de Classificações	Dimensão	Kruskall-Wallis χ^2	Mann-Whitney (U)	Sig
Classes de Idade	[19;25[88.30	Atractividade	9.478	—	0.009
	[26;32[	49.87			
	[>33]	47				
Habilitações literária	4 anos de escolaridade	81.50	Atractividade	10.065	—	0.018
	9 anos de escolaridade	87.17				
	12 de escolaridade	58.44				
	Ensino superior	45.72				
IMC actual do terceiro trimestre de gravidez	Sub-nutrição	6.50	Trabalho de Parto	14.354	—	0.006
	Peso Normal	54.37				
	Excesso de Peso	36.47				
	Obesidade	77.50				
	Obesidade grave	3.50				
IMC actual do terceiro trimestre de gravidez	Sub-nutrição	1.50	Ansiedade Geral	9.867	—	0.043
	Peso Normal	52.27				
	Excesso de Peso	43.81				
	Obesidade	85.75				
	Obesidade grave	45.50				
Acompanhamento Psicológico/Psiquiátrico	Sim	73	Bebé	—	188.0	0.019
	Não	48.74				
Acompanhamento Psicológico/Psiquiátrico	Sim	74.94	Suporte	—	172.5	0.010
	Não	48.38				
Acompanhamento Psicológico/Psiquiátrico	Sim	74.75	Ansiedade Geral	—	174.0	0.014
	Não	48.39				
Tabaco	Fumo	60.88	Atractividade	—	157.0	0.023
	Não Fumo	40.57				
Tabaco	Fumo	59.75	Ansiedade Geral	—	166.0	0.035
	Não Fumo	40.68				
Curso de Preparação para o Parto	Sim	46.15	Trabalho de Parto	—	720.0	0.018
	Não	61.16				

A relação da vinculação materna pré-natal com as características sócio-demográficas e comportamentos de saúde e hábitos de vida

Verificou-se que a vinculação materna pré-natal e algumas das suas dimensões apresentam relações estatisticamente significativas com diferentes variáveis. Serão mencionadas apenas as variáveis que evidenciam relações significativas ($p < 0.05$).

Existe uma relação significativa da dimensão Intensidade da Vinculação com a actual gravidez ($U=836.7$, $p=0.007$), em que as participantes primíparas sentem mais intensidade na vinculação pré-natal. A dimensão Qualidade da Vinculação tem uma relação significativa com o acompanhamento psicológico/psiquiátrico ($U=215.0$, $p=0.005$) e com o exercício físico praticado por esta amostra ($U=815.0$, $p=0.042$), sendo que as que não tiveram acompanhamento psicológico/psiquiátrico e praticam exercício físico têm mais qualidade na vinculação pré-natal. Por fim, a Vinculação Geral tem uma relação significativa com a actual gravidez ($U=888.5$, $p=0.021$) e com o exercício físico ($U=797.5$, $p=0.031$), ou seja, as participantes que são primíparas e que praticam exercício físico têm uma vinculação pré-natal mais elevada (Tabela 13).

Tabela13 - Associação da Vinculação Materna Pré-Natal com as variáveis sócio-demográficas e comportamentos de saúde e hábitos de vida.

Variáveis	Categorias	Média de Classificações	Dimensão	Mann- Whitney (U)	Sig
Actual Gravidez	Primíparas	57.08	Intensidade Vinculação	836.5	0.007
	Multíparas	41.42			
Actual Gravidez	Primíparas	56.18	Vinculação Geral	888.5	0.021
	Multíparas	42.65			
Acompanhamento Psicológico/Psiquiátrico	Sim	31.38	Qualidade Vinculação	215.0	0.05
	Não	52.16			
Exercício Físico	Pratico	59.03	Qualidade Vinculação	815.0	0.042
	Não Pratico	46.49			
Exercício Físico	Pratico	59.58	Vinculação Geral	797.5	0.031
	Não Pratico	46.23			

A relação da imagem corporal com as características sócio-demográficas e comportamentos de saúde e hábitos de vida

Verificou-se que a imagem corporal e algumas das suas dimensões apresentam relações estatisticamente significativas com diferentes variáveis. Serão mencionadas apenas as variáveis que evidenciam relações significativas ($p < 0.05$).

Existe uma relação significativa com as dimensões Realidade Corporal ($U=899.5$, $p=0.026$), Ideal Corporal ($U=937.0$, $p=0.049$), Apresentação Corporal ($U=839.5$, $p=0.008$), e Imagem Corporal Geral ($U=890.5$, $p=0.022$) com a variável actual gravidez, sendo que são as primíparas que têm uma imagem mais desadequada em relação a estes factores. Existe, também, uma relação significativa entre a dimensão Ideal Corporal com o IMC ($\chi^2=12.176$, $p=0.016$), isto é, quanto mais magras as participantes desta amostra são mais insatisfeitas estão com o seu ideal corporal, o mesmo acontece relativamente à Imagem Corporal Geral com esta variável ($\chi^2=10.558$, $p=0.032$) (Tabela 14).

Tabela 14 - Associação da Imagem Corporal com as variáveis sócio-demográficas e comportamentos de saúde e hábitos de vida.

Variáveis	Categorias	Média de Classificações	Dimensão	Kruskall-Wallis χ^2	Mann-Whitney (U)	Sig
Actual Gravidez	Primíparas	55.99	Realidade Corporal	—	899.5	0.026
	Múltiparas	42.92				
Actual Gravidez	Primíparas	55.34	Ideal Corporal	—	937.0	0.049
	Múltiparas	43.81				
Actual Gravidez	Primíparas	57.03	Apresentação Corporal	—	839.5	0.008
	Múltiparas	41.49				
Actual Gravidez	Primíparas	56.15	Imagem Corporal Geral	—	890.5	0.022
	Múltiparas	42.70				
IMC	Sub-nutrição	96.50	Ideal Corporal	12.176	—	0.016
	Peso Normal	52.49				
	Excesso de Peso	42.22				
	Obesidade	14.75				
	Obesidade Grave	5.50				
IMC	Sub-nutrição	94.75	Imagem Corporal Geral	10.558	—	0.032
	Peso Normal	51.85				
	Excesso de Peso	45.50				
	Obesidade	11.00				
	Obesidade Grave	14.50				

Discussão

Nesta investigação utilizou-se uma amostra de cem mulheres que se encontram no último trimestre da gravidez com o objectivo de analisar a associação entre a ansiedade, a imagem corporal e a vinculação materna, e a sua relação com algumas variáveis sociodemográficas, comportamentos de saúde e hábitos de vida.

Os resultados obtidos mostram que, de um modo geral, só a ansiedade se encontra com níveis mais elevados e os restantes encontram-se com níveis satisfatórios, ou seja, a ansiedade é algo elevada mas a satisfação com a imagem corporal considera-se positiva e os níveis de vinculação materna das participantes consideram-se muito fortes.

Existem algumas preocupações por parte das participantes, tornando-as mais ansiosas quando se deparam com certos aspectos como a sua atractividade, o trabalho de parto e, principalmente, mais ansiosas em relação à saúde do próprio bebé, o que vem replicar o que é defendido na literatura onde, por exemplo, Littleton et al. (2006) sugere que a ansiedade sentida durante a gravidez define-se como preocupações e medos sobre o nascimento do bebé e a sua saúde. Segundo Costa (2006) e Schmied et al. (2000), também, quando a gravidez se aproxima do fim com o facto de se estar a aproximar a hora do parto emergem sentimentos de falta de controlo, medo, imprevisibilidade do que poderá vir a acontecer, medo da dor que irá sentir, a possibilidade de morrer no nascimento do bebé, o receio da morte ou da possibilidade da mal formação do seu filho, podendo ser vista como uma experiência dolorosa que provoca mal-estar e, também, uma experiência em que a gravidez e a aproximação do parto sejam encarados como um sinónimo de modificações corporais, psicológicas e sociais muito complexas.

O facto de ser no último trimestre da gravidez que acontece o aumento exponencial da barriga, ser mais acentuado o aumento de peso, as alterações fisiológicas e bioquímicas que ocorrem para que a gravidez decorra com normalidade, o inchaço e o cansaço, o facto de as mulheres grávidas terem receio de não conseguirem voltar ao peso que tinham, sentindo-se menos sexualmente atraentes e bonitas (Chang, Chao & Kenney, 2006; Schmied & Lupton, 2000), podem ser razões para influenciarem as participantes deste estudo a não aceitarem totalmente estas mudanças e mostrarem, assim, ter algumas reservas quando confrontadas com a sua realidade corporal e aquilo que consideram como corpo ideal para este período, isto é, quando confrontadas com a sua imagem corporal as participantes desta investigação, apesar de se sentirem

maioritariamente satisfeitas com as mudanças no seu corpo, com a sua aparência actual e não mostrarem desejo em ter uma aparência ou imagem diferentes da que têm durante o período da gravidez, poderiam estar ainda mais confortáveis do que se observa na realidade.

Conforme era esperado, neste estudo assim como na bibliografia existente, os níveis de vinculação das participantes são bastante fortes e positivos. Segundo Piccinini et al. (2009), é no último trimestre que a vinculação entre a mãe-bebé é mais forte pois é neste período que as expectativas em relação ao bebé são maiores e, juntamente, com os constantes, intensos e mais evidentes movimentos fetais e a visualização mais nítida das ecografias e ultrassons permitem que haja uma maior atribuição de características físicas, uma maior interacção com o bebé dentro da barriga através do toque e da fala, contribuindo para várias expressões de afecto e um maior envolvimento. Por outro lado, este envolvimento pode não acontecer durante o período pré-natal pois existem mulheres para as quais o sentimento de vínculo surge após o nascimento do filho e pode mesmo nunca chegar a existir (Figueiredo, 2003).

Se a mulher grávida não está satisfeita com a sua auto-imagem e não tem uma boa auto-estima pode não se sentir confiante para o nascimento e para cuidar do seu filho podendo, assim, sentir-se desvalorizada e insegura, o que a pode tornar mais ansiosa por não se sentir suficientemente capaz, por outro lado, a preocupação em não perder a feminilidade com o seu corpo a nível sexual, intelectual e profissional pode também provocar sentimentos ambíguos e tornar-se um factor stressante e ansiogénico (Batista & Botelho, 2008; Chang, Chao & Kenney, 2006). Tudo isto vai ao encontro dos resultados obtidos ao analisar-se a associação entre a ansiedade, imagem corporal e vinculação materna onde os resultados mostram que as participantes que se encontram com níveis de ansiedade mais elevados têm, também, uma maior insatisfação com a sua imagem corporal e vice-versa, ou seja, a ansiedade e a insatisfação com a imagem corporal estão fortemente associadas de uma forma negativa.

A literatura refere que existem diversas variáveis sociodemográficas comportamentos de saúde e hábitos de vida que influenciam a satisfação com a imagem corporal, a ansiedade a vinculação materna, neste estudo alguns resultados obtidos vão ao encontro da bibliografia existente, enquanto outros resultados não se verificaram.

As participantes desta investigação que se podem considerar menos satisfeitas com a sua imagem corporal são grávidas primíparas e que se encontram em sub-nutrição e peso normal. A questão do peso está de acordo com a literatura uma vez que,

como referem Batista e Botelho (2008), é nas mulheres com peso normal antes da gravidez que é mais frequente existir uma auto imagem mais negativa durante a gravidez do que as mulheres que tinham excesso de peso a priori. O mesmo não se passa com o facto de esta gravidez ser a primeira, pois segundo Meireles e Costa (2005) são as grávidas primíparas que aceitam mais satisfatoriamente o corpo gravídico.

As participantes desta investigação que se podem considerar mais ansiosas são grávidas mais jovens (classe de idades dos 19 aos 25 anos), fumadoras, com habilitações literárias inferiores (classe dos 4 anos de escolaridade e dos 9 anos de escolaridade), que têm ou já tiverem acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, não frequentam o curso de preparação para o parto e que se encontram no peso normal e com obesidade.

A falta de conhecimento provocado pelos factores culturais inferiores pode suscitar na mulher grávida sentimentos de desamparo e de uma maior preocupação por não conhecer quais podem ser as várias medidas a tomar, soluções ou ajudas de que precisa, pois um maior nível de escolaridade leva a que a mulher a querer saber mais sobre si, sobre o bebé e sobre tudo o que diz respeito à maternidade, tornando este período o mais tranquilo possível (Costa, 2006; Canavarro, 2001; Mitsuhiro et al., 2005). Também de acordo com alguns estudos a ansiedade tem uma particular relevância em grávidas mais jovens (Araújo et al., 2008; Freitas & Botega, 2002) e com tabaco, nesta investigação, pois a ansiedade constitui uma predisposição para que a grávida tenha comportamentos de risco durante a gravidez (Mcintyre et al., 1997).

Relativamente ao curso de preparação para o parto, este fornece conhecimento à mulher grávida que lhe permite ter um melhor ajustamento psicológico, mesmo que os sentimentos de medo e dor estejam presentes durante o parto (Figueiredo et al., 2002) o que é fundamental, pois, segundo Mutryn (citado por Costa, 2006), as mulheres que não frequentam o curso de preparação para o parto ficam mais sujeitas e vulneráveis à ansiedade e à depressão pós-parto. Um estudo comparativo de Costa (2006) com 245 grávidas mostra que são as grávidas que frequentam as aulas de preparação para o parto que apresentam níveis de medo e ansiedade inferiores quando comparadas às que não frequentam. A ansiedade relacionar-se com o facto destas participantes se encontrarem no peso normal mostra mais uma vez a preocupação com as alterações da imagem corporal (Batista e Botelho 2008).

O facto da obesidade influenciar a ansiedade não vai ao encontro da literatura encontrada. De acordo com um estudo de Claesson et al. (2010) com 151 mulheres

grávidas, a obesidade não influencia os sintomas de ansiedade ou depressão, como justificação sugerem o facto das participantes daquele estudo não terem níveis de ansiedade muito elevados, aspecto que se verifica nesta investigação, sendo assim resultados contraditórios. Outros estudos mostram, também, não haver uma relação significativa entre a obesidade e a ansiedade durante a gravidez mas sim no período de pós-parto (Carter et al., 2000). Já em relação a estas mulheres terem um peso dentro do normal está de acordo com a literatura, uma vez que são as mulheres com peso normal que ficam mais relutantes e preocupadas com as mudanças corporais que irão ocorrer no seu corpo e mais ansiosas como referem (Chang, Chao & Kenney, 2006; Batista e Botelho, 2008).

São cada vez mais as intervenções psicológicas, nas suas diferentes abordagens, associadas a uma melhoria do bem-estar psicológico, dos sintomas e a um eficaz aumento de competências inter e intra pessoais que permitem a mãe estar mais disponíveis para interagir com o seu filho durante e pós a gravidez, (Wenzel, A., 2011), optando ainda pela psicoterapia em detrimento do uso de medicamentos para não interferir na saúde do bebé (Wisner et al., 1999). Por outro lado pode ser que as participantes estejam ainda num processo terapêutico a decorrer e por isso ainda não tenha ocorrido algum tipo de mudança.

As participantes desta investigação que sentem um vínculo mais positivo e elevado ao seu bebé são grávidas primíparas, que praticam exercício físico e que não têm ou não tiveram um acompanhamento psicológico ou psiquiátrico. A literatura refere que a paridade influencia a vinculação materna (Doan e Zimerman, cit. por Schmidt & Argimon, 2009), sendo as grávidas primíparas as que vivenciam o período da gravidez de uma forma mais profunda. O exercício físico está directamente ligado com o aumento da energia, humor e com uma auto-estima elevada o que, por sua vez, fornece um bem-estar psicológico à mulher grávida, podendo assim a actividade física fornecer algumas condições para que consiga aumentar o sentimento de competência perante este processo (Poudevigne & O'Connor, 2006) e assim sentir-se mais disponível para o seu filho. O facto de não terem acompanhamento psicológico ou psiquiátrico pode significar que, actualmente, não têm essa necessidade e que, provavelmente, não exista uma história prévia de perturbação emocional, o que pode indicar a existência de bons recursos pessoais e estratégias de coping adequadas e suficientes que permite uma boa adaptação aos vários acontecimentos de vida, principalmente neste período específico e

assim estar mais disponível para o bebé (Conde & Figueiredo, 2005; Rodrigues, Pérez-López & Nuez, 2004).

Os resultados do presente trabalho de investigação contribuem assim para uma melhor compreensão de alguns factores psicológicos que podem influenciar a relação com a própria grávida e com o bebé, bem como as características inerentes às mulheres grávidas. Contribui, também, para uma melhor compreensão de como a adopção de certo tipo de comportamentos pode influenciar positiva ou negativamente esses factores psicológicos que, em conjunto com a restante literatura existente permite actuar mais eficaz e precocemente.

Considerações Finais

Este trabalho de investigação demonstrou que existem vários factores psicológicos que influenciam o modo como se vive e como se encara o período de gravidez, principalmente no último trimestre, alertando para a influência que esses factores vão afectar o bebé positivamente como a elevada vinculação ou negativamente como a ansiedade que está de uma forma negativa associada à insatisfação com a imagem corporal que podem dar indicações de que realmente é necessário estar atento a determinados aspectos. Para além disso demonstrou, também, que o exercício físico e o curso de preparação para o parto podem ser complementos eficazes para uma gravidez saudável.

Contudo existem alguns resultados que não vão ao encontro da literatura apresentada como é o caso da relação da paridade e a imagem corporal ou a satisfação com a imagem corporal que, normalmente diminui no último trimestre, apesar de que nesta investigação os valores não serem totalmente satisfatórios.

As grávidas que aceitaram participar neste estudo, no geral mostram níveis algo elevados de ansiedade e a existência de um grupo de mulheres onde a relação entre a ansiedade e a atractividade é forte o que, por sua vez, está ligado com a imagem corporal, mostrando a grande importância em dar a conhecer esta informação a várias instituições como hospitais, centros de saúde e clínicas privadas para que se compreenda a necessidade de alerta e de preparação para uma intervenção psicológica focada e adequada.

Algumas limitações deste estudo prendem-se com o número total da amostra ser reduzido devido à obrigação de cumprimentos de prazos, pelo facto de que a maioria das participantes estavam a ser seguidas no serviço privado, estavam casadas ou viviam em união de facto, habitavam apenas com os companheiros e estavam empregadas o que pode não corresponder à total realidade portuguesa e, ainda, a questão metodológica da escala de ansiedade na dimensão Suporte devido ao baixo valor do alpha de cronbach criando uma grande variabilidade de respostas, não podendo assim aceder à realidade destas participantes relativamente a este factor.

Como sugestões para futuros estudos e investigações, para além da necessidade de realizar mais estudos que correlacionem as variáveis desta investigação, será importante realizar estudos longitudinais para uma melhor compreensão dos efeitos tanto nas grávidas como nos bebés das mudanças psicológicas que ocorrem na gravidez ou para uma melhor compreensão da importância da intervenção, como também as possíveis complicações no parto. Seria interessante, também, estudar mais factores psicológicos como a auto-estima e a depressão, uma vez que estão intimamente ligados aos factores psicológicos desta investigação ou perceber se a ansiedade é um estado ou um traço de personalidade e, ainda, incluir mais variáveis sócio-demográficas como se a gravidez tinha sido desejada ou planeada, se já tinha ocorrido alguma complicação obstétrica e avaliar as expectativas de cada grávida em relação à sua gravidez.

Esta investigação é pertinente pois apesar de em Portugal existirem vários estudos que se centram na gravidez ainda existem poucos que a relacionem com múltiplos factores psicológicos para que haja uma visão mais ampla e profunda que permitem uma melhor compreensão sobre todo o processo de gravidez e maternidade e, por outro lado, permite a elaboração de programas preventivos ou protocolos de acompanhamento psicológico para conseguir dar resposta a mulheres grávidas que possam ter uma gravidez menos saudável e estejam a influenciar negativamente a saúde e o desenvolvimento do bebé.

Referências Bibliográficas

- Abade, L. (2010). *Vinculação pré-natal: contributos da preparação para o parto e parentalidade*. (Relatório de Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia) Coimbra.
- Alves Rocha, M. (2002). Associação entre o exercício físico e a imagem corporal na mulher grávida. In, I. Leal, J. Pais-Ribeiro & I. Cabral (Orgns.), *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa.
- Araújo, D., Pacheco, A., Pimenta, A. & Kac, G. (2008). Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira Saúde Materno. Infantil*, 8, (3), 333-340.
- Batista, S. & Botelho, T. (2008). Dimensões psicológicas de feminino e de materno e primiparidade tardia. In, I. Leal, S. Marques, I. Silva & J. Pais-Ribeiro (Orgns.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Porto: Universidade do Porto.
- Beltrami, L. (2011). *Ansiedade materna puerperal e risco para alterações no desenvolvimento infantil*. (Dissertação de Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) Brasil: Universidade Federal de Santa Maria.
- Borsa, J. (2007). Considerações acerca da relação Mãe-Bebé da gestação ao puerpério. *Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade*, 2, 310-321.
- Bowlby, J. (Vol. Ed.). (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. Middleser: Penguins Books.
- Cairolli, P. & Shimo, A. (2007). Análise da consistência interna pelo coeficiente alfa de Cronbach da Escala de Medida em Imagem Corporal aplicada a uma população de gestantes. Consultado a 9 de Novembro de 2011 www.fef.unicamp.br/hotsites/imagemcorporal2010/cd/anais/trabalhos/portugues/Area4/IC4-01.pdf
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e Maternidade – Representações e Tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- Capisano, H. (1992). Imagem Corporal. In Mello, J. (Ed.), *Psicossomática Hoje* (179-191). Porto Alegre: Artes Médicas

- Carter, A., Baker, C. & Brownell (2000). Body Mass Index, Eating Attitudes, and Symptoms of Depression and Anxiety in Pregnancy and the Postpartum Period. *Psychosomatic Medicine*, 62, 264–270.
- Castello, L. N., & Moraes, K. B. (2009). O estabelecimento do contato afetivo durante a gestação, sob a perspectiva da Gestalt- Terapia. *IGT na Rede*, 6 (10), 144-169. Consultado a 10 de Novembro de 2011 através de www.igt.psc.br/ojs/ ISSN 1807-2526.
- Chang, S., Chao, Y. & Kenney, N. (2006). I am a woman and I'm pregnant: body image of women in Taiwan during the third trimester of pregnancy. *Birth*, 33 (2), 147-153.
- Claesson, I., Josefsson, A. & Sydsjö (2010). Prevalence of anxiety and depressive symptoms among obese pregnant and postpartum women: an intervention study. *Public Health*, 10, 1-10. Consultado a 26 de Julho de 2012 através de <http://www.biomedcentral.com>.
- Coimbra de Matos, A. (2002). *O Desespero: Aquém da Depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Cole, M. & Cole, S. (2004). *O Desenvolvimento da Criança e do Adolescente*. Porto Alegre: Artmed.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2005). Ansiedade na Gravidez: Implicações para a saúde e bem-estar do bebé e mecanismos neurofisiológicos envolvidos [Pregnancy anxiety: Effects on the infant's health and well-being and involved neurophysiologic mechanisms]. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36 (1), 41-49
- Costa, H. (2006). Ansiedade e o medo do parto em grávidas com e sem preparação para o parto. In, C. Machado, L. Almeida, A. Grisano, M. Gonçalves & V. Ramalho (Orgns.), *Actas da 11ª Conferência Internacional de Psicologia da Saúde*. Braga.
- Dornelas, E. (2008). Anxiety. In Dornelas, E. (Ed), *Psychotherapy with cardiac patients Behavioral Cardiology in practice* (67-86). Washington, DC, American Psychological Association.
- Doyle-Waters, M. (1994). *Anxiety Scale for Pregnancy: Development and Validation* (Degree of Master of Arts in The Faculty of Graduates Studies) Vancouver: The University of British Columbia.
- Figueiredo, B. (2005). Bonding Pais-Bebé. In Leal, I. (Ed.) *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (287-314). Lisboa: Fim de Século.

- Figueiredo, B., Costa, R. & Pacheco, A. (2002). Experiência do parto: alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, 2 (XX), 203-217.
- Freitas, G. & Botega, N. (2002). Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Revista Associação Médica Brasileira*, 48 (3), 245-249.
- Godfrey, K. (2009). *The primiparous experience: an examination of body satisfaction and self-esteem*. (A project for de degree of Master of Social Work) Northampton: Smith College School for Social Work.
- Gomez, R. & Leal, I (2007). Vinculação Parental durante a gravidez: Versão portuguesa da forma materna e paterna da Antenatal Emotional Attachment Scale. *Psicologia, Saúde & Doenças* 8 (2), 153-165.
- Haedt, A. & Keel, P. (2007). Maternal attachment, depression, and body dissatisfaction in pregnant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25 (4), 285-295)
- Leal, I. (2001). O Feminino e o Materno. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 51-74). Coimbra: Quarteto Editora.
- Leal, I. & Maroco, J. (2010). *Avaliação em Sexualidade e Parentalidade*. Lisboa: Livpsic Editora.
- Littleton, H., Breitkopf, C. & Berenson, A. (2006). Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: A meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.
- Maldonado, M. (1992). Psicossomática e Obstetrícia. In Mello, J. (Ed.), *Psicossomática Hoje* (208 - 213). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: Report Number, LDA.
- Marôco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4, 1, 65-90.
- Martins, M. (2010). Imagens construídas em torno da gravidez. *Ciências & Saúde Coletiva*, 15 (1), 1369-1375.
- Maximiniano J., Miranda, M., Tomé,C., Luís, A. & Maia, T., (s.d.). Imagem Corporal e Doenças do Comportamento Alimentar. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*.

- Mcintyre, T., Carvalho, P. & Milhazes, G. (1997). Ansiedade e repressão no processo gravítico: Dados preliminares. In, J. Pais-Ribeiro (Orgn.), *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Braga.
- Meireles, A. & Costa, M. E. (2005). A experiência da gravidez: o corpo grávido, a relação com a mãe, a percepção de mudança e a relação com o bebé. *Psicologia*, XVIII (2), 75-98.
- Mitsuhiro, S., Chalem, E., Barros, M., Guinsburg, R. & Laranjeira, R. (2006). Teenage pregnancy: use of drugs in the third trimester and prevalence of psychiatric disorders. *Revista Brasileira Psiquiatra*, 28 (2), 122-5.
- Öhman, A. (2000). Anxiety. In G. Fink (Ed.), *Encyclopedia of Stress* (226-231). London: Academic Press.
- Ossa, X., Bustos, L. & Fernandez, L. (2011). Prenatal attachment and associated factors during the third trimester of pregnancy in Temuco, Chile. *Journal Midwifery*.
- Pais Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora.
- Paulino, M. & Godinho, J. (2002). Perturbações da ansiedade. In J. Cordeiro (Ed.), *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp.445-486). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pauls, R., Occhino, J. & Dryfhout, V. (2008). Effects of Pregnancy on Female Sexual Fuction and Body Image: A prospective Study. *J Sex Med*, 5, 1915-1922.
- Piccinini, C., Levandowski, D., Gomes, A., Lindenmeyer, D. & Lopes, R. (2009). Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebé durante a gestação. *Estudos de Psicologia*, 26 (3), 373-382.
- Poudevigne, M. & O'Connor, P. (2006). A Review of Physical Activity Patterns in Pregnant Women and Their Relationship to Psychological Health. *Sports Medicine* 36 (1), 19-38.
- Price, B. (1990). A model for body-image care. *Journal of Advanced Nursing* 15, 585-593.
- Rodrigues, A., Pérez-López, J. & Nuez, A. (2004). La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses de embarazo en las madres y padres tempranos. Un estudio preliminar. *Anales de Psicología*, 20 (1), 95-10.

- Sá, E. (2004). *A Maternidade e o Bebê*. Lisboa: Fim de Século.
- Samorinha, C., Figueiredo, B. & Cruz, J.M. (2009). Vinculação pré-natal e ansiedade em mães e pais: impacto da ecografia do 1º trimestre de gestação. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (1), 17-29.
- Sandín, B. & Chorot, P. (2010). Concepto y categorización de los transtornos de ansiedad. In Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (Eds.), *Manual de Psicopatología II* (43-63) McGrawHill.
- Sandín, B. & Chorot, P. (2010). Síndromes clínicos de la ansiedad. In Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (Eds.), *Manual de Psicopatología II* (66-90) McGrawHill.
- Schmidt, E. & Argimon, I. (2009). Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paideia*, 19 (43), 211-220.
- Schmied, V. & Lupton, D. (2000). The extrenality of the inside: body images of pregnancy. *Nursing Inquiry*, 8, 32-40.
- Siemer, M. (2008). Beyond prototypes and classical definitions: Evidence for a theory-based representation of emotion concepts. *Psychology Press* 22, 620-632.
- Silva, S. (2008). *Ansiedade da Mulher durante o último trimestre da gravidez*. (Monografia de Licenciatura em Enfermagem) Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Smoller, J., Gardner-Schuster, E. & Misiaszek, M. (2008). Genetics of Anxiety: would the genome recognize the DSM?. *Depression and Anxiety* 25, 368-377.
- Soares, I. (2001). Vinculação e Cuidados Maternos: segurança, protecção e desenvolvimento da regulação emocional no contexto da relação mãe-bebé. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 75-104). Coimbra: Quarteto Editora.
- Teixeira, P., Matsudo, S. & Almeida, V. (2008). Auto-estima e imagem corporal de gestantes de acordo como nível de atividade física. *Ciência e Movimento*, 16 (1), 57-65.
- Thompson, J. (2001). Assessing Body Image Disturbance: Measures, Methodology and Implementation. In Thompson, J. (Ed.) *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment* (1-20). Washington, DC, US: American Psychological.

- Thompson, J.; Heinberg, L., Altabe, M. & Tantleff-Dunn, S. (1999). An Overview of Assessment and Treatment Strategies. In Thompson, J.; Heinberg, L., Altabe, M. & Tantleff-Dunn, S. (Eds.). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance* (51-75). Washington, DC: American Psychological Association.
- Van der Heiden, C., Methorst, G., Muris, P. & Van der Molen, H. (2011). Generalized Anxiety Disorder: clinical presentation, diagnostic features and guidelines for clinical practice. *Journal of Clinical Psychology* 67,58-73.
- Veríssimo, M., Duarte, I., Monteiro, L., Santos, A. J., & Meneses, A. (2003). Qualidade da vinculação à mãe e à educadora. *Psicologia*, 17 (II): 453-469.
- Veríssimo, M., Monteiro, L., Vaughn, B.E., & Santos, A. J. (2003). Qualidade da vinculação e desenvolvimento sócio cognitivo. *Análise Psicológica*, 4 (XXI): 419-430
- Wenzel, A. (2011) Anxiety in childbearing women: Diagnosis and treatment. In A. Wenzel & S. Scot (Eds.), *Psychotherapy for perinatal anxiety* (181-200). Washington, DC, US: American Psychological Association,
- Wisner, K., Gelenberg, A., Leonard, H., Zarin, D. & Frank, E. (1999). Pharmacologic Treatment of Depression during Pregnancy. *American Medical Association (Jama)*, 282 (13), 1264-1269.

ANEXO 1

Revisão Teórica dos Conceitos Chave

ANSIEDADE

A palavra ansiedade tem um duplo significado, pois tanto pode significar desejo como medo e como ambos os sentimentos estão presentes na nossa realidade quanto maior a nossa ambivalência perante a realidade maior é a ambivalência do seu significado (Coimbra de Matos, 2002).

A origem da ansiedade pode ser explicada através de vários modelos teóricos, como as teorias psicodinâmicas em que a ansiedade é sinal de que uma pulsão inaceitável está a tentar passar de inconsciente para consciente, para o Eu, e este terá que usar os seus mecanismos de defesa para controlar essa pulsão, se isto não é conseguido a ansiedade surge como um sintoma e não desaparece. Nas teorias existencialistas, que consideram o Homem como um ser livre no mundo e o único capaz de sentir angústia pois sabe que vai morrer, a ansiedade é uma forma de se estruturar perante o nada que o rodeia e a ideia de morte pode levá-lo a ter uma vida sem autenticidade e de inércia ou, por outro lado, uma vida activa em que enfrenta a morte. Na teoria fenomenológica a ansiedade é encarada como uma reacção emocional que consiste em sentimentos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação. E na teoria de aprendizagem entendem a ansiedade como uma resposta inata a maus estímulos exteriores ou através da teoria de condicionamento clássico defendida por Watson e Rayner em que um estímulo inicialmente neutro pode tornar-se perigoso e provocar medo através da associação a eventos traumáticos anteriores (Paulino & Godinho, 2002; Sandín & Chorot, 2010).

Para além destas correntes teóricas existe a abordagem genética e hereditária da ansiedade, ou seja, estudos epidemiológicos evidenciam que os factores de hereditariedade e genéticos influenciam o risco de desenvolvimento de distúrbios de ansiedade, apesar de não estar estabelecido que os genes contribuem definitivamente pois estes traços podem estar num familiar por razões genéticas mas também por razões externas ao indivíduo (Smoler, Gardner-Schuster & Misiaszek, 2008).

Perante um acontecimento de grande stress acontece três tipos de resposta por parte do indivíduo a esse acontecimento, a resposta somática na qual aumenta a tensão muscular, taquicardia e boca seca, a resposta psicológica para que este consiga lidar com a situação e mantenha o seu funcionamento normal global através da activação dos mecanismos de defesa e das estratégias de coping que, por um lado, são várias operações defensivas inconscientes e por outro são actividades conscientes do próprio

indivíduo que podem ser adaptativas ou não adaptativas. E por último a resposta emocional que se pode traduzir em medo ou em ansiedade e está relacionada com o modo de como cada um encara as emoções e como as representa mentalmente, pois as representações das emoções vão determinar como estas são classificadas e interpretadas (Paulino & Godinho, 2002; Siemer, 2008).

É importante salientar que ansiedade não é o mesmo que medo, segundo Epstein (1972 citado por Sandín & Chorot, 2010) medo é entendido como um “drive” que motiva a conduta de evitamento ao perceber um estímulo de ameaça, enquanto ansiedade é um estado emocional de um medo não resolvido ou um estado activo sem causa específica depois de uma percepção de ameaça. Também para Barlow (1988 citado por Sandín & Chorot, 2010) existe uma diferença entre medo e ansiedade, para este autor medo é um alarme primitivo como resposta a um perigo iminente enquanto a ansiedade é uma combinação difusa de emoções orientadas para o futuro. Assim para se estabelecer correctamente a diferença entre medo e ansiedade foram criados cinco requisitos, por Marks (1969 citado por Sandín & Chorot, 2010), que devem observar-se no caso de ansiedade ou fobias, como a existência de medo exagerado face à situação, o medo conduz necessariamente ao evitamento, não existe uma explicação lógica deste fenómeno, ultrapassa o controlo voluntário da pessoa e provocam mal-estar ou sofrimento.

A ansiedade é, assim, um estado emocional que pode acabar por ser positivo para o indivíduo pois este é obrigado a enfrentar o perigo inesperado, mas objectivo, e a conseguir ultrapassá-lo através das suas capacidades intrínsecas tornando-se adaptativo à situação e à realidade, o que é normal e esperado. Uma particularidade da ansiedade é que tem um carácter antecipatório, ou seja, a resposta de ansiedade tem a capacidade de antecipar o perigo ou uma ameaça para o indivíduo, o que prova que esta tem um valor funcional importante e que tem uma função adaptativa. (Paulino & Godinho, 2002; Sandín & Chorot, 2010). Mas pode, também, estar associado a uma apreensiva antecipação de perigos futuros, muitas vezes imaginários e caracterizados por pressentimentos, que engloba sintomas somáticos de tensão e sentimentos disfóricos resultantes da falha das estratégias de coping e dos mecanismos de defesa encarando a situação como incontrolável, tornando a ansiedade intensa e inadequada às situações, sendo esta considerada patológica, isto é, não adaptativa (Öhman, 2000; Paulino & Godinho, 2002).

Estas duas situações são o que diferencia a ansiedade normal e a ansiedade patológica, onde a última é mais irracional, mais frequente, mais intensa e mais persistente (Sandín & Chorot, 2010).

Os sintomas que podemos observar na ansiedade são a tensão motora, que engloba agitação, fadiga, tensão, tremores e instabilidade; a hiperactividade autonómica que pode ser caracterizada por falta de ar, palpitações, náuseas, suores, entre outras e a vigilância, isto é, irritabilidade, nervosismo, dificuldades de concentração, em adormecer e esquecimentos (Paulino & Godinho, 2002).

A perturbação de ansiedade pode-se manifestar através de um modo mais global, sendo chamada de perturbação de ansiedade generalizada, ou seja, os sintomas aparecem independentemente da situação, onde acontecem de um modo persistente e onde a preocupação impede o funcionamento normal do indivíduo, não conseguindo este controlá-la. Mas existem várias perturbações de ansiedade que têm algumas variações e especificidades entre si, como a perturbação de stress pós-traumático onde os sintomas surgem seguidos de um evento de perigo e existe uma grande apreensão em que esse evento possa surgir novamente, enquanto na ansiedade geral não existe evento traumático e não existe a possibilidade de “re-experiência” do mesmo. A perturbação de pânico onde os sintomas emergem sem causas definidas, de uma forma espontânea e englobando os ataques de pânico que se caracterizam por episódios de medo intenso de onde podem surgir estes sintomas: palpitações ou ritmo cardíaco acelerado, suores, tremores musculares, dificuldades respiratórias, dor no peito, náuseas, desmaios, despersonalização e desrealização, medo de perder o controlo, medo de morrer, calafrios, etc. Podem classificar-se vários tipos de ataques de pânico que podem ter sinais externos ou internos e esperados ou espontâneos, podem ainda haver ataques de pânico com ou sem agorafobia, isto é, o medo de ter medo, são indivíduos que acabam por desenvolver condutas de evitamento em certas situações como estar sozinho na rua, estar em sítios com muita gente, estar em espaços fechados e pequenos, viajar em transportes públicos, entre outros, por pensarem que seria difícil receber assistência se acontecesse alguma coisa, por poder acontecer algo que o envergonha-se ou que seria um sítio difícil de sair. É importante salientar que sempre que existe perturbação de pânico há ataques de pânico mas os ataques de pânico por si só não implica um transtorno de pânico (Sandín & Chorot, 2010).

As perturbações fóbicas onde, ao contrário da perturbação de pânico, os sintomas (medo e evitamento) só aparecem na presença de uma determinada situação

em que o perigo é real e onde o indivíduo tem a perfeita consciência de que o que está a sentir é exagerado e irracional. Dentro desta perturbação pode encontrar-se fobias específicas como a fobia de animais como o medo de insectos, répteis, ratos, pássaros, etc, a fobia social na qual o indivíduo tem medo de se expor a situações desconhecidas com pessoas desconhecidas, de ser humilhado em público, comer e falar em público, etc, a fobia de sangue, infecções ou de se magoar como o medo de morrer, de ter algum tipo de feridas ou de procedimentos cirúrgicos, a agorafobia sem ataque de pânico, isto é, esta pode acontecer independentemente de se dar ou não um ataque de pânico, em que a única diferença é que só há sintomas perante uma situação, não existindo assim antecipação. A perturbação obsessivo-compulsiva, em que as obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes, não apenas preocupações diárias, não desejadas nem controladas e as compulsões são comportamentos repetitivos ou acções mentais em que o indivíduo se sente obrigado a realizar, juntamente com a ansiedade, que podem manifestar-se através de rituais de limpeza devido ao medo de contaminação, rituais de repetição de qualquer tipo de acção, acumulação de objectos, rituais de ordenação, podendo passar horas a ordená-los e rituais de verificação, como verificar se desligaram o gás, se a porta está fechada, etc. E, por fim, existem também os distúrbios de ansiedade de separação, mais conhecidos em crianças, a ansiedade por condição médica e a ansiedade induzida por substâncias (Paulino & Godinho, 2002; Sandín & Chorot, 2010).

É importante, ainda, referir o tratamento desta perturbação pois cada vez mais é fundamental a adaptação de cada indivíduo a novas situações como acontece, por exemplo, no período da adolescência, quando se está perante uma gravidez, a morte de alguém próximo, uma mudança de emprego, etc. É, assim, preciso que nestas situações de transição, quando a pessoa não se consegue adaptar, ter um acompanhamento psicoterapêutico para que consiga lidar da melhor maneira com uma nova realidade e que a pessoa consiga resolver os seus conflitos intra e/ou inter-psíquicos, para que diminua os sintomas de ansiedade e tenha um maior controlo sobre si, para além da psicoterapia existem outros métodos como a aprendizagem de técnicas de aconselhamento, de relaxamento através da respiração, meditação, visualização, relaxamento muscular e “mindfulness”, da técnica de hipnose, da técnica de biofeedback, ou seja, dar a conhecer ao indivíduo os seus próprios parâmetros fisiológicos (batimentos cardíacos, tensão muscular) através de sensores que meçam estas respostas involuntárias e do exercício físico. Estes métodos podem, também, ser

complementados com fármacos como as benzodiazepinas, usadas para sintomas de ansiedade persistente, a buspirona indicada para indivíduos que abusam das benzodiazepinas e que sofrem de ansiedade generalizada, anti-histamínicos para indivíduos ansiosos com problemas pulmonares, os anticonvulsivantes mais indicados para quem sofre de ansiedade generalizada e ansiedade social; os antagonistas da serotonina usada para ansiedade em indivíduos com insónias e anorexia e os anti-depressivos (Paulino & Godinho, 2002; Dornelas, 2008).

Ao tratar os distúrbios de ansiedade podemos estar, também, a prevenir outros distúrbios pois a ansiedade é um forte indicador de depressão onde ambas englobam sintomas como irritabilidade, a preocupação, a baixa concentração, a insónia, fadiga, agitação motora, o choro, sentimentos de inferioridade, a culpa, a baixa auto-estima e, também, piora o prognóstico de doenças físicas crónicas através destes sintomas (Heiden, Methorst, Muris & Molen, 2011; Sandín & Chorot, 2010).

VINCULAÇÃO

O termo vinculação é usado para explicar o apego emocional que existe entre os pais e a criança, para que estas se sintam seguras e com confiança para iniciar a exploração do meio ambiente de modo a que o seu desenvolvimento se faça de um modo saudável (Cole & Cole, 2004).

Existem várias explicações sobre a teoria da vinculação e sobre a sua evolução, como a de Sigmund Freud que defende que os seres humanos são motivados por impulsos biológicos e que quando o impulso é despertado o organismo organiza estratégias para satisfazer essas mesmas necessidades, obtendo o indivíduo prazer quando a necessidade é satisfeita. Para Freud, o amor tem a sua origem na necessidade satisfeita de nutrição, esperando-se que a primeira pessoa com quem a criança estabelece a vinculação seja a mãe, uma vez que se pressupõe que é ela que alimenta o bebé, tal facto é importante para a formação da sua personalidade. Erik Erikson propôs um desenvolvimento segundo oito estádios nos quais existiria um conflito para ser superado, sendo o conflito entre a confiança e a desconfiança onde as crianças aprendem a confiar ou desconfiar de quem cuida delas e a vincularem-se a quem lhes satisfaz as necessidades básicas e a quem lhes providencia confiança, sendo esta confiança a que as preparará para agir por si próprias. Para tal, tem que haver a confiança para enfrentar separações breves, ou seja, a criança tem noção de que os pais quando se afastam, voltarão (Cole & Cole, 2004).

John Bowlby que realizou estudos com crianças separadas das famílias, durante a 2.^a Guerra Mundial, constatou que quando as crianças eram separadas das mães, numa primeira fase, tornavam-se agitadas e medrosas, choravam e tentavam fugir de onde estavam e numa segunda fase mostravam-se depressivas e em estado de desespero. Se a separação continuar e não for estabelecida nenhum tipo de relação estável a criança torna-se indiferente a outras pessoas, o que comprometerá a sua vida futura (Cole & Cole, 2004; Bowlby, 1969).

Harry Harlow, com o objectivo de determinar a situação vinculativa mãe-bebé recorreu ao uso de oito macacos recém-nascidos, tendo sido cada um deles colocado numa gaiola individual com duas mães artificiais (uma de arame e outra de pelúcia). Dos 8 bebés, 4 eram alimentados pela mãe de arame e os outros 4 pela mãe de pelúcia, com o primeiro grupo pretendia verificar qual o tipo de mãe que os bebés procuravam, se escolhiam a mãe de arame com alimento ou a mãe de pelúcia que lhes proporcionaria

conforto. Chegou à conclusão que os macacos apenas procuravam a mãe de arame para se alimentar, regressando de imediato ao conforto da mãe de pelúcia. No segundo caso, os bebés permaneciam agarrados à mãe de pelúcia que, também, era a responsável pela alimentação. Harlow defende, assim, a importância do contacto corporal e do conforto imediato que é proporcionado na formação da vinculação do bebé com a sua mãe. Esta noção pode destruir a ideia de Bowlby, segundo a qual a interacção da mãe é necessária para se estabelecer a vinculação, uma vez que neste caso, as mães nada fizeram para estabelecer esse vínculo. No entanto, quando estes bebés cresceram o seu desenvolvimento demonstrava algumas deficiências, como serem indiferentes a outros macacos, assim, o comportamento social posterior desses macacos sustenta a crença de Bowlby de que o apego é um sistema de regulação desenvolvido entre a mãe e o bebé. Essa interacção é um processo bilateral que requer interacção social para que haja um desenvolvimento emocional saudável (Cole & Cole 2004; Bowlby, 1969).

Tendo por base os trabalhos de Harlow, Mary Ainsworth chegou à conclusão de que havendo meios de desenvolvimento diferentes e não havendo duas díades mãe – bebé iguais, não existe um único modelo de vinculação chegaram à conclusão, através de experiências, de três padrões de vinculação. Numa primeira fase a criança é introduzida numa sala estranha com uma grande variedade de brinquedos que lhe permitem a exploração enquanto a mãe está presente. Numa segunda fase entra um estranho na sala que vai falar com a mãe e interagir com a criança. Na fase seguinte, a mãe sai da sala e deixa a criança com o estranho e, por último, a mãe regressa à sala e o estranho sai. Para comparar as diferentes crianças, Ainsworth categorizou as reacções das crianças na situação estranha baseando-se no comportamento destas nos diversos momentos, assim, definiram *Vinculação Segura* (quando a mãe está só com a criança, esta última brinca à vontade com os brinquedos e reage bem face à entrada do estranho; quando a mãe sai, a criança chora, mas quando regressa corre para os seus braços e depressa volta a brincar, no mesmo ritmo); *Vinculação Insegura Evitante* (a criança é indiferente à mãe quando estão sozinhas, pode chorar ou não aquando da saída da mãe, mas quando chora o estranho reconforta-a facilmente, quando a mãe regressa, a criança não corre para ela e olha-a de lado); *Vinculação Insegura Ambivalente* (a criança é ansiosa e está desconfortável em toda a situação estranha, mesmo quando está sozinha com a mãe, quando a mãe sai chora mas quando regressa fica zangada com ela e continua a chorar, o seu nível de brincadeira e exploração não voltará a ser o mesmo) (Cole & Cole, 2004; Bowlby, 1969).

Assim, uma criança com uma relação de vinculação segura arrisca uma maior exploração do meio porque está confiante nos pais disponíveis, protectores e apaziguadores (Veríssimo et al, 2003).

Com estudos a comprovarem a existência e evidência de que os bebés já nascem com capacidades sensoriais, prova-se assim que os recém-nascidos começam a desenvolver essas capacidades muito cedo, ainda no período pré-natal, e também é hoje consensual que se começa a formar a vinculação durante a gravidez, ou seja, de um elo emocional, falando-se em vinculação pré-natal. Esta desenvolve-se consoante as experiências de vinculação que os pais tiveram na respectiva infância e, ainda, no desejo da gravidez e posteriormente, na escolha do nome, das fantasias que se criam à volta do futuro bebé, na realização da primeira ecografia, no sentir dos movimentos, nas transformações corporais sentidas pela mãe, entre outros, tudo isto pode variar consoante o empenho dos pais, o que quer dizer que depende da proximidade emocional da mãe a vinculação que terá com o feto (Pires, 2008; Abade, 2010).

É por isso importante salientar a vinculação pré-natal materna, pois é esta que vai influenciar o desenvolvimento emocional, social e cognitivo saudável do bebé através de uma grande adaptação mútua a esta nova experiência duradoura e única que é a gravidez e depende do sentimento de disponibilidade para aquele bebé, ou seja, a mãe tem que estar disponível para se deixar envolver, “crescer” naquela relação e dar ao bebé qualidade de vida (Figueiredo, 2005).

A vinculação materna tem sido alvo de vários estudos e com isso tem-lhe sido atribuídas várias classificações para dar ênfase a este elo emocional tão único, como Bonding e o Maternal Attachment, pois é esta atitude emocional da mãe que fomenta a organização mental do bebé e é através de uma preocupação materna primária que surge nos últimos meses de gravidez, defendida por Winnicott, caracterizada pela presença de uma sensibilidade apurada que permite responder às necessidades do seu bebé que fornece a oportunidade para a construção de expectativas e para a disponibilidade vinculativa (Sá, 2004; Figueiredo, 2005).

Apesar de não ser muitas vezes mencionado, o pai é obviamente uma figura importante e também desenvolve um elo de ligação emocional com o bebé desde o momento da gravidez, através das ecografias, os movimentos fetais na barrigada da mãe e o escutar dos batimentos cardíacos até ao nascimento e na infância, onde se esta vinculação pré-natal paterna for estabelecida de um modo seguro e forte vai, também, ter consequências positivas na vinculação pai-bebé depois deste nascer, mas aqui é

também, importante o papel da mãe na relação entre ambos pois esta pode facilitar o envolvimento e funcionar como um mecanismo facilitador da relação durante a gravidez. Relativamente ao feto, a base da vinculação do bebé aos pais é feita através da experiência emocional intra-uterina pois esta é bastante permeável a influências externas e está constantemente sujeita a mudanças e variações (Sá, 2004).

Pode-se observar assim diferentes momentos nos quais se pode estabelecer a vinculação, a vinculação pré-natal, vinculação perinatal e vinculação pós-natal, é extremamente importante estabelecer este elo pois é a força e o carácter deste que vão determinar a qualidade de todos os laços futuros do bebé, criança, jovem e adulto com outros indivíduos (Abade, 2010).

IMAGEM CORPORAL

Ao longo dos anos têm sido utilizadas, por diferentes autores, várias terminações quando se quer falar sobre imagem corporal, como esquema corporal, modelo postural ou figuração do corpo. Segundo Head (1920 citado por Capisano, 1992) quando se referia a todas as mudanças de postura antes de estas entrarem na consciência de um indivíduo o termo mais adequado seria esquema corporal mas, mais tarde, acaba por definir o significado das sensações musculares e a sua contenção que contribuem para a unidade de um corpo, por modelo postural do corpo ou imagem corporal.

Imagem corporal é um conceito multidimensional caracterizando-se por uma série de atitudes, sentimentos, experiências, lembranças e comportamentos que a pessoa vai acumulando ao longo da vida a respeito do seu corpo, o que influencia a percepção geral do mesmo e da sua aparência física, podendo esta ser satisfatória ou não (Alves Rocha, 2002; Capisano, 1992).

Assim, a formação da imagem corporal é influenciada e moldada pelo meio ambiente em que a pessoa está inserida e pela sua própria personalidade, não sendo esta imagem pura imaginação mas realmente a figuração do corpo do indivíduo na sua mente (Teixeira, Matsudo & Almeida, 2008; Capisano, 1992).

A imagem corporal, como já podemos constatar, está directamente relacionada com a organização do esquema corporal, que consiste na representação neurológica das dimensões e formas corporais que são organizadas pelas aferências proprioceptivas e cinestésicas, permitindo a construção da postura na qual as percepções e intenções motoras estão integradas, colocando o corpo em movimento orientado no espaço, com isto verifica-se assim um emparelhamento entre o aspecto psicológico e o neurológico (Maximiniano et al. s.d.).

A noção de que a mente vai influenciar e estruturar o nosso corpo e que entre estas duas componentes existe uma permeabilidade é uma certeza, mas não é apenas através das aferências proprioceptivas e cinestésicas que esta influência se dá mas é, também, através dos sentidos que podemos mudar de ideias ou onde estes podem influenciar os nossos actos para nos proteger ou avisar de algum perigo tornando-os em sensações visuais, auditivas, olfactivas, tácteis e gustativas. Cada um destes cinco sentidos são constituídos por três partes, a parte periférica que se destina a receber informação do exterior, a parte central que se destina a compreender essa informação e a parte intermédia que faz a ligação entre a parte periférica e a parte central ou entre a

recepção e a percepção, respectivamente, o que dá origem às transformações ao longo do tempo da imagem corporal (Capisano, 1992).

Os acontecimentos ao longo da vida podem ser considerados e encarados como destrutivos ou construtivos para a auto-imagem corporal devido ao dinamismo do esquema corporal, a percepção do acontecimento bom ou mau depende do modo como o objecto (acontecimento) é percebido, é assim um processo activo, lábil e incompleto e não passivo pois depende do mundo interno (pensamento e percepções), externo (relações sociais) e do desenvolvimento de cada indivíduo. É importante frisar que todo este processo activo é interligado e integrado, finalmente, pelo córtex cerebral pois este é condensador dos pensamentos, impulsos, memórias, entre outros, que constituem a imagem corporal (Capisano, 1992).

A existência de uma imagem corporal negativa pode levar a consequências muito graves como uma dissociação da realidade corporal ou desvio da imagem corporal, esta dissociação pode levar a consequências psicológicas e físicas como a restrição de alguns alimentos ou a total restrição, a constante obsessão pela comida, uma baixa auto-estima, isolamento social, um aumento do stress e da ansiedade, a sintomas de depressão, ao recurso do tabagismo e outras drogas para suprimir o apetite, entre outros (Godfrey, 2009).

Todos os comportamentos de risco podem conduzir ao aceleração para que o indivíduo tenha problemas médicos e quando existem os sintomas a cima referidos é sinal de que podem existir doenças do foro alimentar, principalmente a Anorexia e a Bulimia ou, por outro lado, o excesso de peso e a obesidade, problemas graves psicológicos como a Perturbação Dismórfica Corporal, caracterizada pela aversão à aparência física por qualquer deficiência, podendo acontecer mesmo que o indivíduo não tenha nenhuma deficiência ou problema. Nas duas situações esta perturbação afecta a qualidade de vida do indivíduo, por isso deve ser identificada e seguida o mais rápido possível, existindo várias opções de tratamentos como a psicoterapia, passando por uma reeducação para uma imagem corporal saudável, auto-descobertas feitas pelos pacientes através de discussões com o terapeuta e da análise dessas discussões em conjunto, do estabelecimento de objectivos terapêuticos, do ensinamento de técnicas de relaxamento para diminuir e gerir o stress, se for uma psicoterapia cognitiva-comportamental pode utilizar-se a confrontação, a imaginação de uma imagem menos insatisfatória e a identificação do que o indivíduo assumia como errado com ele e comprovar que o que ele assumia de errado e grave não são tão graves ou não existem, trabalhar para corrigir

essas suposições erradas, modificar os comportamentos de risco e, por fim, criar uma nova relação com o seu próprio corpo, por exemplo, através da dança onde pode obter prazer e aumentar as experiências positivas relativamente ao corpo (Godfrey, 2009; Thompson et al, 1999.).

É de extrema importância que se consiga promover uma melhor qualidade de vida a estas pessoas, para isso é preciso entender melhor cada caso e estruturar um projecto terapêutico consistente e multidisciplinar, incorporando uma intervenção psicomotora para além da psicoterapia e, assim, usar a psicomotricidade como uma terapia de mediação corporal, conduzindo o indivíduo a uma melhor compreensão e insight da subjectividade da sua história pessoal e afectiva, tomando consciência geral de si próprio na relação inter e intra – individual (Maximiniano et al. s.d.).

Apesar de todas estas estratégias e tratamentos para as perturbações da imagem corporal pode ainda recorrer-se a programas de prevenção em adolescentes para uma alimentação saudável, a prática de exercício físico, combater o preconceito e discriminação em relação aos indivíduos, por exemplo, obesos para que estes tenham os mesmos direitos do que qualquer outra pessoa e, por fim, dependendo da aceitação ou não por parte do indivíduo de todas as outras opções a cima referidas, pode optar-se pela cirurgia plástica (Thompson et al, 1999).

Actualmente existem diferentes escalas e instrumentos que ajudam a compreender melhor o que se passa e que avaliam diferentes parâmetros da imagem corporal como a discrepância entre o peso ideal e o peso actual onde se pode concluir a satisfação ou não com o seu peso, avaliar a discrepância entre o peso ideal e o real mas tendo mais em conta o lado emocional do que o lado cognitivo, existem também questionários como o “Eating Disorder Inventory 2 – Body Dissatisfaction subscale”, o “Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire”, o “Extended Satisfaction with Life Scale” para avaliar aspectos da aparência física, o “Eating Disorder Examination” para recolher informação útil para perceber distúrbios alimentares, o “The Body Dysmorphic Disorder Examination” para avaliar a Perturbação Dismórfica Corporal, entre outros. A utilização destas escalas ou questionários depende sempre de cada paciente, da sua história, do seu problema, o género, idade, peso e da etnia (Thompson et al, 2001.).

ANEXO 2

**Pedidos de Autorização para a recolha da amostra e para a
utilização das Escalas.**

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Dr. Salvador Maria Guimarães José de Mello

Lisboa, 15 de Dezembro de 2011

Eu, Ana Sofia Cavaleiro, aluna n.º 14485 do 5.º ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Instituto Universitário, venho por este meio solicitar a V.ª Ex.ª, autorização para a realização do trabalho de concretização da Tese de Dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica.

A Tese de Mestrado tem como tema «Vinculação, Ansiedade e Imagem Corporal durante o último trimestre da gravidez» e está sob a orientação da Prof. Dra. Ivone Patrão, docente do ISPA.

Venho assim pedir autorização para a recolha da amostra, através de um Protocolo de Investigação, em que será necessária a participação de grávidas que se encontram no último trimestre da gravidez no Hospital Cuf Descobertas.

Após autorização para a realização da investigação, irei deslocar-me ao respectivo Hospital para falar com V.ª Ex.ª, expondo detalhadamente os objectivos do estudo e o procedimento.

Para caso de requerer algum esclarecimento estarei com todo o gosto disponível, bastando marcar o dia e hora para tal.

Saliento que será garantida a privacidade de todas as participantes, bem como a confidencialidade de todos os dados recolhidos nesta investigação. Acrescento também, que qualquer participante pode desistir de participar na investigação a qualquer momento, caso assim o entenda.

É importante referir que se trata de um processo que necessita de alguma rapidez, dado que já tenho a data de entrega da respectiva Dissertação estipulada para Maio de 2012, por isso agradeço resposta o mais breve possível.

Agradeço desde já a sua atenção e disponibilidade,

Assinatura do (a) aluno (a):

Assinatura do (a) Orientador (a):

Exma. Senhora do Conselho de Administração
Dra. Joaquina guerra Lourenço da silva

Lisboa, 1 de Março de 2012

Eu, Ana Sofia Cavaleiro, aluna n.º 14485 do 5.º ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Instituto Universitário, venho por este meio solicitar a V.ª Ex.ª, autorização para a realização do trabalho de concretização da Tese de Dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica.

A Tese de Mestrado tem como tema «Vinculação materna, Ansiedade e Imagem Corporal durante o último trimestre da gravidez» e está sob a orientação da Prof. Dra. Ivone Patrão, docente do ISPA.

Venho assim pedir autorização para a recolha da amostra, através de um Protocolo de Investigação, em que será necessária a participação de grávidas que se encontram no último trimestre da gravidez no Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa.

Após autorização para a realização da investigação, irei deslocar-me ao respectivo Hospital para falar com V.ª Ex.ª, expondo detalhadamente os objectivos do estudo e o procedimento.

Para caso de requerer algum esclarecimento estarei com todo o gosto disponível, bastando marcar o dia e hora para tal.

Saliento que será garantida a privacidade de todas as participantes, bem como a confidencialidade de todos os dados recolhidos nesta investigação. Acrescento também, que qualquer participante pode desistir de participar na investigação a qualquer momento, caso assim o entenda.

É importante referir que se trata de um processo que necessita de alguma rapidez, dado que já tenho a data de entrega da respectiva Dissertação estipulada para Maio de 2012, por isso agradeço resposta o mais breve possível.

Agradeço desde já a sua atenção e disponibilidade,

Assinatura do (a) aluno (a):

Assinatura do (a) Orientador (a):

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Gerência
Dr. Rui Fernando da Cunha Mendes Riso

Lisboa, 1 de Março de 2012

Eu, Ana Sofia Cavaleiro, aluna n.º 14485 do 5.º ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Instituto Universitário, venho por este meio solicitar a V.ª Ex.ª, autorização para a realização do trabalho de concretização da Tese de Dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica.

A Tese de Mestrado tem como tema «Vinculação, Ansiedade e Imagem Corporal durante o último trimestre da gravidez» e está sob a orientação da Prof. Dra. Ivone Patrão, docente do ISPA.

Venho assim pedir autorização para a recolha da amostra, através de um Protocolo de Investigação, em que será necessária a participação de grávidas que se encontram no último trimestre da gravidez no Hospital SAMS.

Após autorização para a realização da investigação, irei deslocar-me ao respectivo Hospital para falar com V.ª Ex.ª, expondo detalhadamente os objectivos do estudo e o procedimento.

Para caso de requerer algum esclarecimento estarei com todo o gosto disponível, bastando marcar o dia e hora para tal.

Saliento que será garantida a privacidade de todas as participantes, bem como a confidencialidade de todos os dados recolhidos nesta investigação. Acrescento também, que qualquer participante pode desistir de participar na investigação a qualquer momento, caso assim o entenda.

É importante referir que se trata de um processo que necessita de alguma rapidez, dado que já tenho a data de entrega da respectiva Dissertação estipulada para Maio de 2012, por isso agradeço resposta o mais breve possível.

Agradeço desde já a sua atenção e disponibilidade,

Assinatura do (a) aluno (a):

Assinatura do (a) Orientador (a):

Exma. Senhora
Presidente do Conselho de Administração
Dra. Isabel Vaz

Lisboa, 15 de Dezembro de 2011

Eu, Ana Sofia Cavaleiro, aluna n.º 14485 do 5.º ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Instituto Universitário, venho por este meio solicitar a V.ª Ex.ª, autorização para a realização do trabalho de concretização da Tese de Dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica.

A Tese de Mestrado tem como tema «Vinculação, Ansiedade e Imagem Corporal durante o último trimestre da gravidez» e está sob a orientação da Prof. Dra. Ivone Patrão, docente do ISPA.

Venho assim pedir autorização para a recolha da amostra, através de um Protocolo de Investigação, em que será necessária a participação de grávidas que se encontram no último trimestre de gravidez no Hospital da Luz.

Após autorização para a realização da investigação, irei deslocar-me ao respectivo Hospital para falar com V.ª Ex.ª, expondo detalhadamente os objectivos do estudo e o procedimento.

Para caso de requerer algum esclarecimento estarei com todo o gosto disponível, bastando marcar o dia e hora para tal.

Saliento que será garantida a privacidade de todas as participantes, bem como a confidencialidade de todos os dados recolhidos nesta investigação. Acrescento também, que qualquer participante pode desistir de participar na investigação a qualquer momento, caso assim o entenda.

É importante referir que se trata de um processo que necessita de alguma rapidez, dado que já tenho a data de entrega da respectiva Dissertação estipulada para Maio de 2012, por isso agradeço resposta o mais breve possível.

Agradeço desde já a sua atenção e disponibilidade,

Assinatura do (a) aluno (a):

Assinatura do (a) Orientador (a):

Autorização para aplicação da AEAS (Versão Materna)

De: ileal@ispa.pt

Para: sofia.s.cavaleiro@gmail.com

Assunto: Autorização para utilização da Escala de Vinculação Pré-Natal

Ana Sofia,
Pode usar a escala.
Bom trabalho.
Isabel Leal

Autorização para aplicação da Escala de Medida em Imagem Corporal

De: angelanneves@yahoo.com.br

Para: sofia.s.cavaleiro@gmail.com

Assunto: autorização para utilização da Escala de Medida em Imagem Corporal

Prezada Ana Sofia,

a versão integral da escala de medida em Imagem Corporal, da dra. Souto, está no livro. Então você já a tem em mãos. A escala é de uso público (não são necessárias compra de licenças ou algo parecido).

ANEXO 3
Instrumentos

Questionário Sócio-demográfico

Por favor leia atentamente e responda a todas as questões, quando não tiver certeza dos valores ou respostas, responda aproximadamente. Todas as informações solicitadas são confidenciais.

- Idade _____
- Etnia
Caucasiana Africana Indiana Outra
- Habilitações literárias
Não frequentou a escola 4 anos de escolaridade
6 anos de escolaridade 9 anos de escolaridade
12 anos de escolaridade Ensino Superior
- Situação Profissional
Empregada Desempregada Reformada
- Estado Civil
Solteira Casada/ União de facto Divorciada Viúva
- Habita com
(pode assinalar mais do que uma opção)
Marido Namorado/a Pai Mãe Irmãos Outros familiares
- A actual gravidez é
1º Filho 2º Filho
- O seu peso antes da gravidez era _____ Kg (aproximadamente)
- O seu peso actual é _____ Kg (aproximadamente)
- A sua altura é _____ Mt (aproximadamente)
- Semanas de gestação _____
- Tem problemas/doenças físicas?
Não Sim Qual/quais? _____
- Tem/teve algum acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?
Não Sim
- Saúde e hábitos de vida
Não fumo Fumo Deixei de fumar
Pratico exercício físico Não pratico exercício físico
Durmo bem Não durmo bem
Frequento curso de preparação para o parto
Sim Não

Escala de Vinculação Pré-natal - AEAS (Versão Materna)
(Condon, 1993)

1. Nas últimas 2 semanas, tenho pensado ou tenho-me preocupado com o bebé dentro de mim:

- quase o tempo todo
- muito frequentemente
- frequentemente
- ocasionalmente
- nunca

2. Nas últimas 2 semanas, quando falo ou penso sobre o bebé dentro de mim tenho sentido emoções que são:

- muito fracas ou nenhuma
- relativamente fracas
- entre fortes e fracas
- relativamente fortes
- muito fortes

3. Nas últimas 2 semanas, os meus sentimentos em relação ao bebé dentro de mim têm sido:

- muito positivos
- principalmente positivos
- uma mistura entre positivos e negativos
- principalmente negativos
- muito negativos

4. Nas últimas 2 semanas, o meu desejo de ler ou obter informação acerca do bebé em desenvolvimento tem sido:

- muito fraco ou nenhum
- relativamente fraco
- nem forte nem fraco
- moderadamente forte
- muito forte

5. Nas últimas 2 semanas, tenho tentado imaginar como o bebé em desenvolvimento se parece dentro da minha barriga:

- quase o tempo todo
- muito frequentemente
- frequentemente
- ocasionalmente
- nunca

6. Nas últimas 2 semanas, tenho pensado no bebé em desenvolvimento principalmente como:

- uma pequena pessoa real com características especiais
- um bebé como qualquer outro
- um ser humano
- uma coisa viva
- uma coisa ainda não propriamente viva

7. Nas últimas 2 semanas, tenho sentido que o bem-estar do bebé dentro da minha barriga depende de mim:

- totalmente
- em grande medida
- moderadamente
- ligeiramente
- nada

8. Nas últimas 2 semanas, tenho dado por mim a falar com o meu bebé quando estou sozinha:

- nunca
- ocasionalmente
- frequentemente
- muito frequentemente
- quase todo o tempo que estou sozinha

9. Nas últimas 2 semanas, quando penso no bebé dentro de mim, os meus pensamentos:

- contém sempre ternura e amor
- contém na maioria das vezes ternura e amor
- contém um misto de ternura e irritação
- contém alguma irritação
- contém muita irritação

11. Nas últimas 2 semanas, tenho-me sentido emocionalmente:

- muito distante do bebé
- moderadamente distante do bebé
- não particularmente próxima do bebé
- moderadamente próxima do bebé
- muito próxima do bebé

13. Suponho que quando vir o bebé pela primeira vez depois do nascimento:

- vou sentir intensa afeição
- vou sentir essencialmente afeição
- vou sentir afeição, mas alguns aspectos do bebé poderão desgostar-me
- vários aspectos do bebé poderão desgostar-me
- vou sentir-me principalmente desgostosa

14. Quando o bebé nascer, gostaria de pegar nele:

- imediatamente
- após ter sido embrulhado num cobertor
- após ter sido lavado
- após ter descansado algum tempo
- no dia seguinte

15. Nas últimas 2 semanas, tenho tido sonhos acerca da gravidez ou do bebé:

- nunca
- ocasionalmente
- frequentemente
- muito frequentemente
- quase todas as noites

16. Nas últimas 2 semanas, tenho dado por mim a tocar ou a passar com a mão na minha barriga onde está o bebé:

- muitas vezes por dia
- pelo menos uma vez por dia
- ocasionalmente
- apenas uma vez
- nunca

17. Se a gravidez fosse interrompida neste momento (devido a aborto espontâneo ou outro acidente) sem qualquer dor ou mazela para mim, penso que me sentiria:

- muito satisfeita
- moderadamente satisfeita
- nem triste nem satisfeita; ou com sentimentos mistos
- moderadamente triste
- muito triste

Escala de Ansiedade para Grávidas

(Doyle Waters, 1994)

		<i>Nada</i>	<i>Pouco</i>	<i>Moderada mente</i>	<i>Muito</i>
1.	Sinto-me confiante por saber que o meu parceiro me considera sexualmente desejável.				
2.	Sinto-me nervosa quando penso nas dores do parto.				
3.	Sinto-me preocupada com a possibilidade de o meu bebé nascer com uma deformidade ou doença.				
4.	Sinto-me confiante que o pessoal médico e de enfermagem irá cuidar bem de mim.				
5.	Sinto-me preocupada com a perspectiva de me descontrolar durante o trabalho de parto.				
6.	Sinto a certeza que as pessoas que conheço gostam de mim e me irão ajudar.				
7.	Sinto-me tranquila quanto à saúde do meu bebé.				
8.	Sinto-me satisfeita com o grau de envolvimento do meu parceiro na minha gravidez.				
9.	Sinto-me confiante que o meu bebé nascerá saudável.				
10.	Sinto-me segura por saber que o meu parceiro me apoia.				
11.	Sinto-me preocupada com a possibilidade de não recuperar a minha silhueta após o nascimento do bebé.				
12.	Sinto-me assustada com a hipótese de me sentir inútil durante o parto.				
13.	Sinto-me insegura sobre as mudanças físicas que estão a ocorrer no meu corpo.				
14.	Sinto-me preocupada com o facto de ter poucas pessoas que me apoiem a viver perto de mim				

Escala de medida em Imagem Corporal

(Souto,1999)

	NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
1-Gosto do meu corpo como ele é.					
2-Considero que o meu corpo é exactamente o que sempre sonhei.					
3-Escondo alguma parte do meu corpo, porque ela não é perfeita.					
4-Estou satisfeita com o meu peso corporal.					
5-Evito olhar para alguma parte do meu corpo, porque ela não me agrada.					
6-Evito tocar em alguma parte do meu corpo, porque ela não me agrada.					
7-Desejaria ser uma pessoa com uma aparência física diferente.					
8-Gosto do formato e da aparência da minha cara.					
9-Gosto do formato e da aparência dos meus seios.					
10-Há coisas na minha aparência física que eu detesto.					
11-Apercebo-me de mudanças negativas no meu relacionamento com outras pessoas devido à minha aparência física.					
12-Independentemente das roupas ou acessórios que use, a minha aparência física não me agrada.					
13-Escondo das pessoas as mudanças negativas que ocorrem no meu corpo.					
14-Penso que o meu corpo é insignificante.					
15-Preocupo-me em excesso com a opinião das pessoas a respeito da minha aparência física.					
16-Preocupo-me em excesso com as mudanças que ocorrem no meu corpo.					
17-Recuso-me a aceitar as mudanças que ocorrem no meu corpo.					
18-Sinto ressentimento porque o meu corpo não é aquele que eu desejaria que fosse.					
19-Sinto-me desapontada com as mudanças que ocorrem no meu corpo					
20-Sinto-me incapaz de me adaptar às mudanças que ocorrem no meu corpo.					
21-Sinto-me insatisfeita com minha aparência física actual.					
22-Sinto-me insatisfeita em relação a alguma parte de meu corpo.					
23-Tenho medo da rejeição das pessoas às mudanças que ocorrem no meu corpo.					

ANEXO 4
Estatística Descritiva e Inferencial

Estatística Descritiva das Variáveis Socio Demográficas e dos Comportamentos de Saúde e Hábitos:

Idade

N	Valid	100
	Missing	0
Mean		31,71
Std. Deviation		4,068
Minimum		19
Maximum		41

Statistics

		Etnia	Habilitações Literárias	Situação Profissional	Estado Civil	Habita com	A actual gravidez é	Grupo Etário
N	Valid	100	100	100	100	100	100	100
	Missing	0	0	0	0	0	0	0

Grupo Etário

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	[19;25[	5	5,0	5,0	5,0
	[26;32[	50	50,0	50,0	55,0
	[>33]	45	45,0	45,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

Proveniência

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Centro de Saúde de Alvalade	13	13,0	13,0	13,0
	Hospital CUF Descobertas	87	87,0	87,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Estado Civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteira	7	7,0	7,0	7,0
	Casada/Uniao de facto	93	93,0	93,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Etnia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Caucasiana	87	87,0	87,0	87,0
	Africana	4	4,0	4,0	91,0
	Outra	9	9,0	9,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Habilitações Literárias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4 anos de escolaridade	1	1,0	1,0	1,0
	9 anos de escolaridade	3	3,0	3,0	4,0
	12 anos de escolaridade	25	25,0	25,0	29,0
	Ensino Superior	71	71,0	71,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Situação Profissional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Empregada	92	92,0	92,0	92,0
	Desempregada	8	8,0	8,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Habita com

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Marido	88	88,0	88,0	88,0
	Pai	1	1,0	1,0	89,0
	Outros familiares	2	2,0	2,0	91,0
	Marido e outros familiares	7	7,0	7,0	98,0
	Marido e Pai	1	1,0	1,0	99,0
	Marido e Mãe	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

A actual gravidez é

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Primíparas	58	58,0	58,0	58,0
	Múltiparas	42	42,0	42,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Statistics

		Índice de Massa Corporal	Curva de Aumento de Peso	Tem/teve algum acompanhamento psicológico ou psiquiátrico	Saúde e hábitos de vida (tabaco)	Saúde e hábitos de vida (exercício físico)	Saúde e hábitos de vida (frequência no curso de preparação para o parto)	Saúde e hábitos de vida (sono)
N	Valid	100	100	100	100	100	100	100
	Missing	0	0	0	0	0	0	0

Índice de Massa Corporal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sub-Nutrição	2	2,0	2,0	2,0
	Peso Normal	79	79,0	79,0	81,0
	Excesso de Peso	16	16,0	16,0	97,0
	Obesidade	2	2,0	2,0	99,0
	Obesidade Grave	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Curva de Aumento de Peso

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dentro do normal	62	62,0	62,0	62,0
	Fora do Normal	38	38,0	38,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Tem/teve algum acompanhamento psicológico ou psiquiátrico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	92	92,0	92,0	92,0
	Sim	8	8,0	8,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Saúde e hábitos de vida (tabaco)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	76	76,0	76,0	76,0
Valid Sim	8	8,0	8,0	84,0
Valid Deixei de Fumar	16	16,0	16,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Saúde e hábitos de vida (exercício físico)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	68	68,0	68,0	68,0
Valid Sim	32	32,0	32,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Saúde e hábitos de vida (curso de preparação para o parto)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	71	71,0	71,0	71,0
Valid Sim	29	29,0	29,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Saúde e hábitos de vida (sono)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	26	26,0	26,0	26,0
Valid Sim	74	74,0	74,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Estatística Descritiva e Frequências das Dimensões da Escala de Ansiedade para Grávidas

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Dimensão Atractividade	100	2	8	4,49	1,599
Dimensão Relação Conjugal	100	3	8	4,05	1,209
Dimensão Bebê	100	3	9	6,12	1,629
Dimensão Trabalho de Parto	100	3	12	7,38	2,242
Dimensão Suporte	100	3	10	4,42	1,379
Ansiedade Geral	100	15	38	26,46	5,407
Valid N (listwise)	100				

Ansiedade Geral

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 15	2	2,0	2,0	2,0
Valid 16	1	1,0	1,0	3,0
Valid 17	6	6,0	6,0	9,0
Valid 18	2	2,0	2,0	11,0
Valid 19	1	1,0	1,0	12,0
Valid 20	3	3,0	3,0	15,0
Valid 21	3	3,0	3,0	18,0
Valid 22	4	4,0	4,0	22,0
Valid 23	5	5,0	5,0	27,0
Valid 24	6	6,0	6,0	33,0

25	8	8,0	8,0	41,0
26	8	8,0	8,0	49,0
27	7	7,0	7,0	56,0
28	9	9,0	9,0	65,0
29	6	6,0	6,0	71,0
30	5	5,0	5,0	76,0
31	6	6,0	6,0	82,0
32	4	4,0	4,0	86,0
33	7	7,0	7,0	93,0
35	3	3,0	3,0	96,0
37	2	2,0	2,0	98,0
38	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Dimensao Atractividade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2	12	12,0	12,0	12,0
3	19	19,0	19,0	31,0
4	19	19,0	19,0	50,0
5	21	21,0	21,0	71,0
6	20	20,0	20,0	91,0
7	5	5,0	5,0	96,0
8	4	4,0	4,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Dimensao Bebe

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
3	8	8,0	8,0	8,0
4	12	12,0	12,0	20,0
5	16	16,0	16,0	36,0
6	12	12,0	12,0	48,0
7	30	30,0	30,0	78,0
8	20	20,0	20,0	98,0
9	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Dimensao Relação Conjugal

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
3	44	44,0	44,0	44,0
4	27	27,0	27,0	71,0
5	14	14,0	14,0	85,0
6	11	11,0	11,0	96,0
7	3	3,0	3,0	99,0
8	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Dimensao Suporte

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
3	30	30,0	30,0	30,0
4	30	30,0	30,0	60,0
5	20	20,0	20,0	80,0
6	13	13,0	13,0	93,0
7	4	4,0	4,0	97,0
8	2	2,0	2,0	99,0
10	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Dimensao Trabalho de Parto

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
3	6	6,0	6,0	6,0
4	6	6,0	6,0	12,0
5	7	7,0	7,0	19,0
6	18	18,0	18,0	37,0
7	14	14,0	14,0	51,0
Valid 8	15	15,0	15,0	66,0
9	14	14,0	14,0	80,0
10	12	12,0	12,0	92,0
11	7	7,0	7,0	99,0
12	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Estatística Descritiva e Frequências das Dimensões da Escala de Vinculação Pré-Natal.

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Dimensao Qualidade Vinculação	100	29	45	39,50	2,844
Dimensão Intensidade Vinculação	100	18	35	27,66	3,358
Vinculação Geral	100	53	81	68,87	5,423
Valid N (listwise)	100				

Vinculação Geral

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
53	1	1,0	1,0	1,0
54	1	1,0	1,0	2,0
57	1	1,0	1,0	3,0
59	2	2,0	2,0	5,0
61	2	2,0	2,0	7,0
62	5	5,0	5,0	12,0
63	3	3,0	3,0	15,0
64	6	6,0	6,0	21,0
65	6	6,0	6,0	27,0
66	7	7,0	7,0	34,0
67	4	4,0	4,0	38,0
68	5	5,0	5,0	43,0
Valid 69	7	7,0	7,0	50,0
70	8	8,0	8,0	58,0
71	10	10,0	10,0	68,0
72	8	8,0	8,0	76,0
73	9	9,0	9,0	85,0
74	3	3,0	3,0	88,0
75	1	1,0	1,0	89,0
76	3	3,0	3,0	92,0
77	2	2,0	2,0	94,0
78	2	2,0	2,0	96,0
79	2	2,0	2,0	98,0
80	1	1,0	1,0	99,0
81	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Dimensao Intensidade Vinculação

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
18	1	1,0	1,0	1,0
20	2	2,0	2,0	3,0
22	3	3,0	3,0	6,0
23	4	4,0	4,0	10,0
24	5	5,0	5,0	15,0
25	10	10,0	10,0	25,0
26	13	13,0	13,0	38,0
27	11	11,0	11,0	49,0
Valid 28	11	11,0	11,0	60,0
29	10	10,0	10,0	70,0
30	11	11,0	11,0	81,0
31	4	4,0	4,0	85,0
32	7	7,0	7,0	92,0
33	4	4,0	4,0	96,0
34	3	3,0	3,0	99,0
35	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Dimensao Qualidade Vinculação

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
29	1	1,0	1,0	1,0
31	1	1,0	1,0	2,0
32	1	1,0	1,0	3,0
33	1	1,0	1,0	4,0
34	1	1,0	1,0	5,0
36	9	9,0	9,0	14,0
37	5	5,0	5,0	19,0
Valid 38	14	14,0	14,0	33,0
39	10	10,0	10,0	43,0
40	18	18,0	18,0	61,0
41	16	16,0	16,0	77,0
42	13	13,0	13,0	90,0
43	5	5,0	5,0	95,0
44	2	2,0	2,0	97,0
45	3	3,0	3,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Estatística Descritiva e Frequências das Dimensões da Escala de Medida em Imagem Corporal.

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Dimensão Realidade Corporal	100	15	35	27,96	4,173
Dimensão Ideal Corporal	100	16	55	43,24	7,721
Dimensão Apresentação Corporal	100	14	25	21,05	2,855
Imagem Corporal Geral	100	48	115	92,25	13,908
Valid N (listwise)	100				

Imagem Corporal Geral

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
48	1	1,0	1,0	1,0
Valid 59	1	1,0	1,0	2,0
66	1	1,0	1,0	3,0
67	1	1,0	1,0	4,0

68	1	1,0	1,0	5,0
69	1	1,0	1,0	6,0
70	2	2,0	2,0	8,0
72	2	2,0	2,0	10,0
75	1	1,0	1,0	11,0
76	1	1,0	1,0	12,0
78	4	4,0	4,0	16,0
79	5	5,0	5,0	21,0
81	4	4,0	4,0	25,0
82	1	1,0	1,0	26,0
83	2	2,0	2,0	28,0
84	2	2,0	2,0	30,0
86	1	1,0	1,0	31,0
87	4	4,0	4,0	35,0
88	2	2,0	2,0	37,0
89	4	4,0	4,0	41,0
90	4	4,0	4,0	45,0
91	1	1,0	1,0	46,0
92	2	2,0	2,0	48,0
93	2	2,0	2,0	50,0
94	1	1,0	1,0	51,0
95	4	4,0	4,0	55,0
96	5	5,0	5,0	60,0
97	4	4,0	4,0	64,0
98	2	2,0	2,0	66,0
99	1	1,0	1,0	67,0
100	1	1,0	1,0	68,0
101	4	4,0	4,0	72,0
102	1	1,0	1,0	73,0
103	2	2,0	2,0	75,0
104	2	2,0	2,0	77,0
105	1	1,0	1,0	78,0
107	4	4,0	4,0	82,0
108	6	6,0	6,0	88,0
109	1	1,0	1,0	89,0
110	3	3,0	3,0	92,0
111	3	3,0	3,0	95,0
113	2	2,0	2,0	97,0
114	2	2,0	2,0	99,0
115	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Dimensão Apresentação Corporal

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
14	3	3,0	3,0	3,0
15	2	2,0	2,0	5,0
16	2	2,0	2,0	7,0
17	6	6,0	6,0	13,0
18	4	4,0	4,0	17,0
Valid 19	9	9,0	9,0	26,0
20	13	13,0	13,0	39,0
21	15	15,0	15,0	54,0
22	14	14,0	14,0	68,0
23	10	10,0	10,0	78,0
24	7	7,0	7,0	85,0

25	15	15,0	15,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Dimensão Realidade Corporal

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
15	1	1,0	1,0	1,0
18	1	1,0	1,0	2,0
20	1	1,0	1,0	3,0
21	3	3,0	3,0	6,0
22	1	1,0	1,0	7,0
23	7	7,0	7,0	14,0
24	8	8,0	8,0	22,0
25	5	5,0	5,0	27,0
26	8	8,0	8,0	35,0
Valid 27	14	14,0	14,0	49,0
28	6	6,0	6,0	55,0
29	11	11,0	11,0	66,0
30	4	4,0	4,0	70,0
31	8	8,0	8,0	78,0
32	6	6,0	6,0	84,0
33	2	2,0	2,0	86,0
34	9	9,0	9,0	95,0
35	5	5,0	5,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Dimensão Ideal Corporal

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
16	1	1,0	1,0	1,0
25	1	1,0	1,0	2,0
29	1	1,0	1,0	3,0
30	4	4,0	4,0	7,0
32	2	2,0	2,0	9,0
33	3	3,0	3,0	12,0
34	2	2,0	2,0	14,0
35	1	1,0	1,0	15,0
36	6	6,0	6,0	21,0
37	5	5,0	5,0	26,0
38	1	1,0	1,0	27,0
39	4	4,0	4,0	31,0
40	5	5,0	5,0	36,0
Valid 41	2	2,0	2,0	38,0
42	3	3,0	3,0	41,0
43	5	5,0	5,0	46,0
44	5	5,0	5,0	51,0
45	4	4,0	4,0	55,0
46	6	6,0	6,0	61,0
47	8	8,0	8,0	69,0
48	3	3,0	3,0	72,0
49	2	2,0	2,0	74,0
50	7	7,0	7,0	81,0
51	1	1,0	1,0	82,0
52	7	7,0	7,0	89,0
53	5	5,0	5,0	94,0
54	4	4,0	4,0	98,0
55	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Teste de Normalidade Kolmogorov Smirnov e Teste Homogeneidade Levene.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	N	Normal Parameters ^{a,b}		Most Extreme Differences			Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Absolute	Positive	Negative		
Dimensão Atractividade	100	4,49	1,599	,134	,134	-,125	1,344	,054
Dimensão Relação Conjugal	100	4,05	1,209	,247	,247	-,193	2,474	,000
Dimensão Bebê	100	6,12	1,629	,226	,114	-,226	2,255	,000
Dimensão Trabalho de Parto	100	7,38	2,242	,105	,101	-,105	1,050	,220
Dimensão Suporte	100	4,42	1,379	,220	,220	-,152	2,196	,000
Ansiedade Geral	100	26,46	5,407	,064	,051	-,064	,636	,814
Dimensão Qualidade Vinculação	100	39,50	2,844	,140	,090	-,140	1,398	,040
Dimensão Intensidade Vinculação	100	27,66	3,358	,069	,069	-,064	,695	,720
Vinculação Geral	100	68,87	5,423	,083	,073	-,083	,825	,504
Dimensão Realidade Corporal	100	27,96	4,173	,081	,081	-,067	,810	,528
Dimensão Ideal Corporal	100	43,24	7,721	,090	,064	-,090	,896	,398
Dimensão Apresentação Corporal	100	21,05	2,855	,103	,083	-,103	1,030	,239
Imagem Corporal Geral	100	92,25	13,908	,076	,051	-,076	,755	,618

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Dimensão Atractividade	Based on Mean	1,511	1	98	,222
	Based on Median	1,498	1	98	,224
	Based on Median and with adjusted df	1,498	1	97,710	,224
	Based on trimmed mean	1,505	1	98	,223
Dimensão Relação Conjugal	Based on Mean	1,879	1	98	,174
	Based on Median	,557	1	98	,457
	Based on Median and with adjusted df	,557	1	73,208	,458
	Based on trimmed mean	1,564	1	98	,214
Dimensão Bebê	Based on Mean	2,738	1	98	,101
	Based on Median	2,727	1	98	,102
	Based on Median and with adjusted df	2,727	1	97,708	,102
	Based on trimmed mean	2,750	1	98	,100
Dimensão Trabalho de Parto	Based on Mean	,003	1	98	,955
	Based on Median	,006	1	98	,936
	Based on Median and with adjusted df	,006	1	97,602	,936
	Based on trimmed mean	,003	1	98	,957
Dimensão Suporte	Based on Mean	6,231	1	98	,014
	Based on Median	5,093	1	98	,026
	Based on Median and with adjusted df	5,093	1	81,451	,027
	Based on trimmed mean	5,912	1	98	,017
Ansiedade Geral	Based on Mean	,030	1	98	,863
	Based on Median	,029	1	98	,865
	Based on Median and with adjusted df	,029	1	95,945	,865
	Based on trimmed mean	,030	1	98	,864
Dimensão Qualidade Vinculação	Based on Mean	,021	1	98	,886
	Based on Median	,001	1	98	,976
	Based on Median and with adjusted df	,001	1	97,891	,976
	Based on trimmed mean	,030	1	98	,862
Dimensão Intensidade Vinculação	Based on Mean	2,955	1	98	,089
	Based on Median	2,842	1	98	,095
	Based on Median and with adjusted df	2,842	1	94,316	,095
	Based on trimmed mean	2,863	1	98	,094
Vinculação Geral	Based on Mean	,458	1	98	,500
	Based on Median	,379	1	98	,540
	Based on Median and with adjusted df	,379	1	92,531	,540
	Based on trimmed mean	,448	1	98	,505
Dimensão Realidade Corporal	Based on Mean	8,137	1	98	,005

	Based on Median	8,090	1	98	,005
	Based on Median and with adjusted df	8,090	1	95,317	,005
	Based on trimmed mean	7,900	1	98	,006
Dimensão Ideal Corporal	Based on Mean	6,735	1	98	,011
	Based on Median	5,555	1	98	,020
	Based on Median and with adjusted df	5,555	1	93,777	,021
	Based on trimmed mean	6,496	1	98	,012
Dimensão Apresentação Corporal	Based on Mean	1,658	1	98	,201
	Based on Median	1,620	1	98	,206
	Based on Median and with adjusted df	1,620	1	93,284	,206
	Based on trimmed mean	1,711	1	98	,194
Imagem Corporal Geral	Based on Mean	6,554	1	98	,012
	Based on Median	5,586	1	98	,020
	Based on Median and with adjusted df	5,586	1	93,211	,020
	Based on trimmed mean	6,334	1	98	,013

Correlação de Pearson

		Correlations		
		Imagem Corporal Geral	Vinculação Geral	Ansiedade Geral
Imagem Corporal Geral	Pearson Correlation	1	,041	-,554**
	Sig. (2-tailed)		,682	,000
	N	100	100	100
Vinculação Geral	Pearson Correlation	,041	1	-,042
	Sig. (2-tailed)	,682		,680
	N	100	100	100
Ansiedade Geral	Pearson Correlation	-,554**	-,042	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,680	
	N	100	100	100

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

Relação entre as características sócio-demográficas e a Ansiedade

		Ranks		
Proveniência		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dimensão Atractividade	Centro de Saúde de Alvalade	13	56,81	738,50
	Hospital CUF Descobertas	87	49,56	4311,50
	Total	100		
Dimensão Relação Conjugal	Centro de Saúde de Alvalade	13	58,35	758,50
	Hospital CUF Descobertas	87	49,33	4291,50
	Total	100		
Dimensão Bebê	Centro de Saúde de Alvalade	13	49,12	638,50
	Hospital CUF Descobertas	87	50,71	4411,50
	Total	100		
Dimensão Trabalho de Parto	Centro de Saúde de Alvalade	13	48,65	632,50
	Hospital CUF Descobertas	87	50,78	4417,50
	Total	100		
Dimensão Suporte	Centro de Saúde de Alvalade	13	64,04	832,50
	Hospital CUF Descobertas	87	48,48	4217,50
	Total	100		
Ansiedade Geral	Centro de Saúde de Alvalade	13	58,77	764,00
	Hospital CUF Descobertas	87	49,26	4286,00
	Total	100		

Test Statistics

	Dimensão Atractividade	Dimensão Relação Conjugal	Dimensão Bebê	Dimensão Trabalho de Parto	Dimensão Suporte	Ansiedade Geral
--	------------------------	---------------------------	---------------	----------------------------	------------------	-----------------

Mann-Whitney U	483,500	463,500	547,500	541,500	389,500	458,000
Wilcoxon W	4311,500	4291,500	638,500	632,500	4217,500	4286,000
Z	-,855	-1,107	-,189	-,248	-1,865	-1,104
Asymp. Sig. (2-tailed)	,393	,268	,850	,804	,062	,270

a. Grouping Variable: Proveniência

Ranks			
	Grupo Etário	N	Mean Rank
Dimensão Atractividade	[19;25[	5	88,30
	[26;32[	50	49,87
	>33]	45	47,00
	Total	100	
Dimensão Relação Conjugal	[19;25[	5	54,50
	[26;32[	50	47,08
	>33]	45	53,86
	Total	100	
Dimensão Bebê	[19;25[	5	45,30
	[26;32[	50	48,22
	>33]	45	53,61
	Total	100	
Dimensão Trabalho de Parto	[19;25[	5	76,90
	[26;32[	50	47,26
	>33]	45	51,17
	Total	100	
Dimensão Suporte	[19;25[	5	48,50
	[26;32[	50	46,47
	>33]	45	55,20
	Total	100	
Ansiedade Geral	[19;25[	5	76,70
	[26;32[	50	46,18
	>33]	45	52,39
	Total	100	

Test Statistics^{a,b}

	Dimensão Atractividade	Dimensão Relação Conjugal	Dimensão Bebê	Dimensão Trabalho de Parto	Dimensão Suporte	Ansiedade Geral
Chi-Square	9,478	1,562	1,031	4,873	2,318	5,397
df	2	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,009	,458	,597	,087	,314	,067

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Grupo Etário

Ranks			
	Etnia	N	Mean Rank
Dimensão Atractividade	Caucasiana	87	51,03
	Africana	4	52,13
	Outra	9	44,67
	Total	100	
Dimensão Relação Conjugal	Caucasiana	87	51,15
	Africana	4	36,50
	Outra	9	50,44
	Total	100	
Dimensão Bebê	Caucasiana	87	52,03
	Africana	4	42,75
	Outra	9	39,17
	Total	100	
Dimensão Trabalho de Parto	Caucasiana	87	50,66
	Africana	4	53,25

	Outra	9	47,78
	Total	100	
Dimensão Suporte	Caucasiana	87	51,69
	Africana	4	33,38
	Outra	9	46,61
	Total	100	
Ansiedade Geral	Caucasiana	87	51,32
	Africana	4	49,25

Test Statistics^{a,b}

	Dimensão Atractividade	Dimensão Relação Conjugual	Dimensão Bebê	Dimensão Trabalho de Parto	Dimensão Suporte	Ansiedade Geral
Chi-Square	,419	1,094	1,986	,120	1,818	,663
df	2	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,811	,579	,370	,942	,403	,718

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Etnia

Ranks

	Habilitações Literárias	N	Mean Rank
Dimensão Atractividade	4 anos de escolaridade	1	81,50
	9 anos de escolaridade	3	87,17
	12 anos de escolaridade	25	58,44
	Ensino Superior	71	45,72
	Total	100	
Dimensão Relação Conjugual	4 anos de escolaridade	1	91,00
	9 anos de escolaridade	3	34,33
	12 anos de escolaridade	25	45,28
	Ensino Superior	71	52,45
	Total	100	
Dimensão Bebê	4 anos de escolaridade	1	28,50
	9 anos de escolaridade	3	40,17
	12 anos de escolaridade	25	52,02
	Ensino Superior	71	50,71
	Total	100	
Dimensão Trabalho de Parto	4 anos de escolaridade	1	28,50
	9 anos de escolaridade	3	71,67
	12 anos de escolaridade	25	46,66
	Ensino Superior	71	51,27
	Total	100	
Dimensão Suporte	4 anos de escolaridade	1	70,50
	9 anos de escolaridade	3	52,17
	12 anos de escolaridade	25	41,88
	Ensino Superior	71	53,18
	Total	100	
Ansiedade Geral	4 anos de escolaridade	1	61,00
	9 anos de escolaridade	3	68,33
	12 anos de escolaridade	25	49,94
	Ensino Superior	71	49,80
	Total	100	

	Outra	9	43,11
	Total	100	

Test Statistics^{a,b}

	Dimensão Atractividade	Dimensão Relação Conjugual	Dimensão Bebê	Dimensão Trabalho de Parto	Dimensão Suporte	Ansiedade Geral
Chi-Square	10,065	4,501	1,074	2,707	3,526	1,321
df	3	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,018	,212	,783	,439	,317	,724

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Habilitações Literárias

Ranks			
	Situação Profissional	N	Mean Rank
Dimensão Atractividade	Empregada	92	51,13
	Desempregada	8	43,25
	Total	100	
Dimensão Relação Conjugal	Empregada	92	49,99
	Desempregada	8	56,38
	Total	100	
Dimensão Bebê	Empregada	92	51,95
	Desempregada	8	33,88
	Total	100	
Dimensão Trabalho de Parto	Empregada	92	50,10
	Desempregada	8	55,06
	Total	100	
Dimensão Suporte	Empregada	92	50,23
	Desempregada	8	53,63
	Total	100	
Ansiedade Geral	Empregada	92	50,84
	Desempregada	8	46,56
	Total	100	

Test Statistics,a

	Dimensão Atractividade	Dimensão Relação Conjugal	Dimensão Bebê	Dimensão Trabalho de Parto	Dimensão Suporte	Ansiedade Geral
Chi-Square	,561	,400	2,984	,219	,108	,161
df	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,454	,527	,084	,640	,743	,688

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Situação Profissional

Ranks			
	Estado Civil	N	Mean Rank
Dimensão Atractividade	Solteira	7	52,86
	Casada/Uniao de facto	93	50,32
	Total	100	
Dimensão Relação Conjugal	Solteira	7	52,21
	Casada/Uniao de facto	93	50,37
	Total	100	
Dimensão Bebê	Solteira	7	48,64
	Casada/Uniao de facto	93	50,64
	Total	100	
Dimensão Trabalho de Parto	Solteira	7	44,07
	Casada/Uniao de facto	93	50,98
	Total	100	
Dimensão Suporte	Solteira	7	46,93
	Casada/Uniao de facto	93	50,77
	Total	100	
Ansiedade Geral	Solteira	7	52,00
	Casada/Uniao de facto	93	50,39
	Total	100	

Test Statistics,a

	Dimensão Atractividade	Dimensão Relação Conjugal	Dimensão Bebê	Dimensão Trabalho de Parto	Dimensão Suporte	Ansiedade Geral
Chi-Square	,051	,029	,032	,376	,122	,020
df	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,821	,864	,858	,540	,727	,887

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Estado Civil

Ranks			
	Habita com	N	Mean Rank
Dimensão Atractividade	Marido	88	51,11
	Pai	1	61,00
	Outros familiares	2	41,50
	Marido e outros familiares	7	48,64
	Marido e Pai	1	61,00
	Marido e Mãe	1	6,50
	Total	100	
Dimensão Relação Conjugal	Marido	88	51,55
	Pai	1	91,00
	Outros familiares	2	40,25
	Marido e outros familiares	7	42,43
	Marido e Pai	1	22,50
	Marido e Mãe	1	22,50
	Total	100	
Dimensão Bebê	Marido	88	51,38
	Pai	1	63,50
	Outros familiares	2	34,00
	Marido e outros familiares	7	46,64
	Marido e Pai	1	42,50
	Marido e Mãe	1	28,50
	Total	100	
Dimensão Trabalho de Parto	Marido	88	52,45
	Pai	1	59,00
	Outros familiares	2	19,00
	Marido e outros familiares	7	39,29
	Marido e Pai	1	59,00
	Marido e Mãe	1	3,50
	Total	100	
Dimensão Suporte	Marido	88	50,22
	Pai	1	95,50
	Outros familiares	2	30,50
	Marido e outros familiares	7	51,21
	Marido e Pai	1	70,50
	Marido e Mãe	1	45,50
	Total	100	
Ansiedade Geral	Marido	88	51,79
	Pai	1	90,00
	Outros familiares	2	22,00
	Marido e outros familiares	7	42,71
	Marido e Pai	1	53,00
	Marido e Mãe	1	6,50
	Total	100	

Test Statistics^{a,b}

	Dimensão Atractividade	Dimensão Relação Conjugal	Dimensão Bebê	Dimensão Trabalho de Parto	Dimensão Suporte	Ansiedade Geral
Chi-Square	2,918	5,295	1,779	6,714	4,140	6,795
df	5	5	5	5	5	5
Asymp. Sig.	,713	,381	,879	,243	,529	,236

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Habita com

Ranks

A actual gravidez é		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dimensão Atractividade	Primíparas	58	50,64	2937,00
	Múltiparas	42	50,31	2113,00
	Total	100		
Dimensão Relação Conjugal	Primíparas	58	49,37	2863,50
	Múltiparas	42	52,06	2186,50
	Total	100		
Dimensão Bebê	Primíparas	58	46,24	2682,00
	Múltiparas	42	56,38	2368,00
	Total	100		
Dimensão Trabalho de Parto	Primíparas	58	54,77	3176,50
	Múltiparas	42	44,61	1873,50
	Total	100		
Dimensão Suporte	Primíparas	58	45,94	2664,50
	Múltiparas	42	56,80	2385,50
	Total	100		
Ansiedade Geral	Primíparas	58	49,22	2854,50
	Múltiparas	42	52,27	2195,50
	Total	100		

Test Statistics

	Dimensão Atractividade	Dimensão Relação Conjugal	Dimensão Bebê	Dimensão Trabalho de Parto	Dimensão Suporte	Ansiedade Geral
Mann-Whitney U	1210,000	1152,500	971,000	970,500	953,500	1143,500
Wilcoxon W	2113,000	2863,500	2682,000	1873,500	2664,500	2854,500
Z	-,057	-,485	-1,763	-1,744	-1,910	-,521
Asymp. Sig. (2-tailed)	,955	,628	,078	,081	,056	,602

a. Grouping Variable: A actual gravidez é

Ranks

Índice de Massa Corporal		N	Mean Rank
Dimensão Atractividade	Sub-Nutrição	2	6,50
	Peso Normal	79	48,99
	Excesso de Peso	16	59,38
	Obesidade	2	61,25
	Obesidade Grave	1	94,00
	Total	100	
Dimensão Relação Conjugal	Sub-Nutrição	2	22,50
	Peso Normal	79	50,13
	Excesso de Peso	16	49,44
	Obesidade	2	78,00
	Obesidade Grave	1	98,00
	Total	100	
Dimensão Bebê	Sub-Nutrição	2	9,50
	Peso Normal	79	51,83
	Excesso de Peso	16	46,38
	Obesidade	2	76,00
	Obesidade Grave	1	42,50
	Total	100	
Dimensão Trabalho de Parto	Sub-Nutrição	2	6,50
	Peso Normal	79	54,37
	Excesso de Peso	16	36,47
	Obesidade	2	77,50
	Obesidade Grave	1	3,50
	Total	100	

Dimensão Suporte	Sub-Nutrição	2	15,50
	Peso Normal	79	51,77
	Excesso de Peso	16	46,72
	Obesidade	2	83,00
	Obesidade Grave	1	15,50
	Total	100	
Ansiedade Geral	Sub-Nutrição	2	1,50
	Peso Normal	79	52,27
	Excesso de Peso	16	43,81
	Obesidade	2	85,75
	Obesidade Grave	1	45,50
	Total	100	

Test Statistics^{a,b}

	Dimensão Atractividade	Dimensão Relação Coniugal	Dimensão Bebé	Dimensão Trabalho de Parto	Dimensão Suporte	Ansiedade Geral
Chi-Square	9,133	7,154	6,379	14,354	7,801	9,867
df	4	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,058	,128	,173	,006	,099	,043

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Índice de Massa Corporal

Ranks

	Curva de Aumento de Peso	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dimensão Atractividade	Dentro do normal	62	50,91	3156,50
	Fora do Normal	38	49,83	1893,50
	Total	100		
Dimensão Relação Coniugal	Dentro do normal	62	49,72	3082,50
	Fora do Normal	38	51,78	1967,50
	Total	100		
Dimensão Bebé	Dentro do normal	62	51,97	3222,00
	Fora do Normal	38	48,11	1828,00
	Total	100		
Dimensão Trabalho de Parto	Dentro do normal	62	51,22	3175,50
	Fora do Normal	38	49,33	1874,50
	Total	100		
Dimensão Suporte	Dentro do normal	62	50,17	3110,50
	Fora do Normal	38	51,04	1939,50
	Total	100		
Ansiedade Geral	Dentro do normal	62	50,69	3142,50
	Fora do Normal	38	50,20	1907,50
	Total	100		

Test Statistics^a

	Dimensão Atractividade	Dimensão Relação Coniugal	Dimensão Bebé	Dimensão Trabalho de Parto	Dimensão Suporte	Ansiedade Geral

Mann-Whitney U	1152,500	1129,500	1087,000	1133,500	1157,500	1166,500
Wilcoxon W	1893,500	3082,500	1828,000	1874,500	3110,500	1907,500
Z	-,184	-,365	-,661	-,319	-,150	-,082
Asymp. Sig. (2-tailed)	,854	,715	,509	,750	,880	,935

a. Grouping Variable: Curva de Aumento de Peso

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dimensão Atractividade	Tem/teve algum acompanhamento psicológico ou psiquiátrico			
	Não	92	50,08	4607,50
	Sim	8	55,31	442,50
	Total	100		
Dimensão Relação Conjugal	Não	92	49,58	4561,50
	Sim	8	61,06	488,50
	Total	100		
Dimensão Bebê	Não	92	48,54	4466,00
	Sim	8	73,00	584,00
	Total	100		
Dimensão Trabalho de Parto	Não	92	49,42	4546,50
	Sim	8	62,94	503,50
	Total	100		
Dimensão Suporte	Não	92	48,38	4450,50
	Sim	8	74,94	599,50
	Total	100		
Ansiedade Geral	Não	92	48,39	4452,00
	Sim	8	74,75	598,00
	Total	100		

Test Statistics

	Dimensão Atractividade	Dimensão Relação Conjugal	Dimensão Bebê	Dimensão Trabalho de Parto	Dimensão Suporte
Mann-Whitney U	329,500	283,500	188,000	268,500	172,500
Wilcoxon W	4607,500	4561,500	4466,000	4546,500	4450,500
Z	-,497	-,137	-,238	-,1275	-,2568
Asymp. Sig. (2-tailed)	,619	,255	,019	,202	,010

a. Grouping Variable: Tem/teve algum acompanhamento psicológico ou psiquiátrico

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dimensão Atractividade	Saúde e hábitos de vida (tabaco)			
	Não	76	40,57	3083,00
	Sim	8	60,88	487,00
	Total	84		
Dimensão Relação Conjugal	Não	76	41,41	3147,50
	Sim	8	52,81	422,50
	Total	84		
Dimensão Bebê	Não	76	41,43	3149,00
	Sim	8	52,63	421,00
	Total	84		
Dimensão Trabalho de Parto	Não	76	41,72	3171,00
	Sim	8	49,88	399,00
	Total	84		
Dimensão Suporte	Não	76	42,60	3237,50
	Sim	8	41,56	332,50
	Total	84		

Ansiedade Geral	Não	76	40,68	3092,00
	Sim	8	59,75	478,00
	Total	84		

Test Statistics

	Dimensão Atractividade	Dimensão Relação Conjugual	Dimensão Bebê	Dimensão Trabalho de Parto	Dimensão Suporte	Ansiedade Geral
Mann-Whitney U	157,000	221,500	223,000	245,000	296,500	166,000
Wilcoxon W	3083,000	3147,500	3149,000	3171,000	332,500	3092,000
Z	-2,280	-1,323	-1,263	-,907	-,118	-2,107
Asymp. Sig. (2-tailed)	,023	,186	,206	,364	,906	,035

a. Grouping Variable: Saúde e hábitos de vida (tabaco)

Ranks

	Saúde e hábitos de vida (exercício físico)	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dimensão Atractividade	Não	68	51,53	3504,00
	Sim	32	48,31	1546,00
	Total	100		
Dimensão Relação Conjugual	Não	68	48,50	3298,00
	Sim	32	54,75	1752,00
	Total	100		
Dimensão Bebê	Não	68	51,15	3478,00
	Sim	32	49,13	1572,00
	Total	100		
Dimensão Trabalho de Parto	Não	68	49,94	3396,00
	Sim	32	51,69	1654,00
	Total	100		
Dimensão Suporte	Não	68	53,34	3627,00
	Sim	32	44,47	1423,00
	Total	100		
Ansiedade Geral	Não	68	50,88	3460,00
	Sim	32	49,69	1590,00
	Total	100		

Test Statistics

	Dimensão Atractividade	Dimensão Relação Conjugual	Dimensão Bebê	Dimensão Trabalho de Parto	Dimensão Suporte	Ansiedade Geral
Mann-Whitney U	1018,000	952,000	1044,000	1050,000	895,000	1062,000
Wilcoxon W	1546,000	3298,000	1572,000	3396,000	1423,000	1590,000
Z	-,526	-1,065	-,332	-,283	-1,474	-,192
Asymp. Sig. (2-tailed)	,599	,287	,740	,777	,140	,847

a. Grouping Variable: Saúde e hábitos de vida (exercício físico)

Ranks

	Saúde e hábitos de vida (sono)	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dimensão Atractividade	Não	26	57,65	1499,00
	Sim	74	47,99	3551,00
	Total	100		
Dimensão Relação Conjugual	Não	26	48,23	1254,00
	Sim	74	51,30	3796,00
	Total	100		
Dimensão Bebê	Não	26	52,27	1359,00
	Sim	74	49,88	3691,00
	Total	100		
Dimensão Trabalho de Parto	Não	26	49,04	1275,00
	Sim	74	51,01	3775,00

	Total	100		
Dimensão Suporte	Não	26	54,17	1408,50
	Sim	74	49,21	3641,50
	Total	100		
Ansiedade Geral	Não	26	52,35	1361,00
	Sim	74	49,85	3689,00
	Total	100		

Test Statistics

	Dimensão Atractividade	Dimensão Relação Conjugual	Dimensão Bebê	Dimensão Trabalho de Parto	Dimensão Suporte	Ansiedade Geral
Mann-Whitney U	776,000	903,000	916,000	924,000	866,500	914,000
Wilcoxon W	3551,000	1254,000	3691,000	1275,000	3641,500	3689,000
Z	-1,486	-,491	-,370	-,301	-,776	-,378
Asymp. Sig. (2-tailed)	,137	,623	,712	,763	,438	,706

a. Grouping Variable: Saúde e hábitos de vida (sono)

Ranks

	Saúde e hábitos de vida (frequência no curso de preparação para o parto)	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dimensão Atractividade	Não	71	47,46	3369,50
	Sim	29	57,95	1680,50
	Total	100		
Dimensão Relação Conjugual	Não	71	51,06	3625,50
	Sim	29	49,12	1424,50
	Total	100		
Dimensão Bebê	Não	71	51,04	3623,50
	Sim	29	49,19	1426,50
	Total	100		
Dimensão Trabalho de Parto	Não	71	46,15	3276,50
	Sim	29	61,16	1773,50
	Total	100		
Dimensão Suporte	Não	71	52,39	3719,50
	Sim	29	45,88	1330,50
	Total	100		
Ansiedade Geral	Não	71	48,64	3453,50
	Sim	29	55,05	1596,50
	Total	100		

Test Statistics

	Dimensão Atractividade	Dimensão Relação Conjugual	Dimensão Bebê	Dimensão Trabalho de Parto	Dimensão Suporte	Ansiedade Geral
Mann-Whitney U	813,500	989,500	991,500	720,500	895,500	897,500
Wilcoxon W	3369,500	1424,500	1426,500	3276,500	1330,500	3453,500
Z	-1,668	-,322	-,295	-2,368	-1,052	-1,005
Asymp. Sig. (2-tailed)	,095	,748	,768	,018	,293	,315

a. Grouping Variable: Saúde e hábitos de vida (frequência no curso de preparação para o parto)

Relação entre as características sociodemográficas e a Vinculação Pré-Natal

Ranks

	Proveniência	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dimensão Qualidade Vinculação	Centro de Saúde de Alvalade	13	46,23	601,00
	Hospital CUF Descobertas	87	51,14	4449,00
	Total	100		
Dimensão Intensidade Vinculação	Centro de Saúde de Alvalade	13	57,12	742,50
	Hospital CUF Descobertas	87	49,51	4307,50

Test Statisticsa

	Dimensão Qualidade Vinculação	Dimensão Intensidade Vinculação	Vinculação Geral
Mann-Whitney U	510,000	479,500	535,000
Wilcoxon W	601,000	4307,500	4363,000
Z	-,574	-,885	-,313
Asymp. Sig. (2-tailed)	,566	,376	,754

a. Grouping Variable: Proveniência

	Total			
Vinculação Geral	Centro de Saúde de Alvalade	13	52,85	687,00
	Hospital CUF Descobertas	87	50,15	4363,00
	Total	100		

Ranks

	Grupo Etário	N	Mean Rank
Dimensão Qualidade Vinculação	[19;25[	5	52,60
	[26;32[	50	52,22
	[>33]	45	48,36
	Total	100	
Dimensão Intensidade Vinculação	[19;25[	5	63,90
	[26;32[	50	53,39
	[>33]	45	45,80
	Total	100	
Vinculação Geral	[19;25[	5	58,50
	[26;32[	50	52,66
	[>33]	45	47,21
	Total	100	

Test Statisticsa,b

	Dimensão Qualidade Vinculação	Dimensão Intensidade Vinculação	Vinculação Geral
Chi-Square	,455	2,768	1,241
df	2	2	2
Asymp. Sig.	,796	,251	,538

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Grupo Etário

Ranks

	Etnia	N	Mean Rank
Dimensão Qualidade Vinculação	Caucasiana	87	49,79
	Africana	4	45,25
	Outra	9	59,72
	Total	100	
Dimensão Intensidade Vinculação	Caucasiana	87	50,28
	Africana	4	75,50
	Outra	9	41,56
	Total	100	
Vinculação Geral	Caucasiana	87	50,52
	Africana	4	59,75
	Outra	9	46,22
	Total	100	

Test Statisticsa,b

	Dimensão Qualidade Vinculação	Dimensão Intensidade Vinculação	Vinculação Geral
Chi-Square	1,112	3,865	,605
df	2	2	2
Asymp. Sig.	,574	,145	,739

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Etnia

Ranks			
	Habilitações Literárias	N	Mean Rank
Dimensão Qualidade Vinculação	4 anos de escolaridade	1	1,00
	9 anos de escolaridade	3	43,83
	12 anos de escolaridade	25	51,78
	Ensino Superior	71	51,03
	Total	100	
Dimensão Intensidade Vinculação	4 anos de escolaridade	1	8,50
	9 anos de escolaridade	3	77,50
	12 anos de escolaridade	25	52,30
	Ensino Superior	71	49,32
	Total	100	
Vinculação Geral	4 anos de escolaridade	1	2,00
	9 anos de escolaridade	3	63,50
	12 anos de escolaridade	25	52,50
	Ensino Superior	71	49,93
	Total	100	

Test Statistics ^{a,b}			
	Dimensão Qualidade Vinculação	Dimensão Intensidade Vinculação	Vinculação Geral
Chi-Square	3,195	4,952	3,558
df	3	3	3
Asymp. Sig.	,362	,175	,313

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Habilitações Literárias

Ranks			
	Situação Profissional	N	Mean Rank
Dimensão Qualidade Vinculação	Empregada	92	51,08
	Desempregada	8	43,88
	Total	100	
Dimensão Intensidade Vinculação	Empregada	92	50,85
	Desempregada	8	46,44
	Total	100	
Vinculação Geral	Empregada	92	51,10
	Desempregada	8	43,56
	Total	100	

Test Statistics ^{a,b}			
	Dimensão Qualidade Vinculação	Dimensão Intensidade Vinculação	Vinculação Geral
Chi-Square	,461	,172	,499
df	1	1	1
Asymp. Sig.	,497	,678	,480

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Situação Profissional

Ranks			
	Estado Civil	N	Mean Rank
Dimensão Qualidade Vinculação	Solteira	7	41,86
	Casada/União de facto	93	51,15
	Total	100	
Dimensão Intensidade Vinculação	Solteira	7	42,93

	Casada/Uniao de facto	93	51,07
	Total	100	
Vinculação Geral	Solteira	7	42,00
	Casada/Uniao de facto	93	51,14
	Total	100	

Test Statistics^{a,b}

	Dimensão Qualidade Vinculação	Dimensão Intensidade Vinculação	Vinculação Geral
Chi-Square	,679	,517	,649
df	1	1	1
Asymp. Sig.	,410	,472	,421

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Estado Civil

Ranks

	Habita com	N	Mean Rank
Dimensão Qualidade Vinculação	Marido	88	49,95
	Pai	1	84,00
	Outros familiares	2	84,25
	Marido e outros familiares	7	36,07
	Marido e Pai	1	52,50
	Marido e Mãe	1	96,50
	Total	100	
Dimensão Intensidade Vinculação	Marido	88	51,51
	Pai	1	65,50
	Outros familiares	2	76,00
	Marido e outros familiares	7	24,71
	Marido e Pai	1	32,00
	Marido e Mãe	1	94,50
	Total	100	
Vinculação Geral	Marido	88	50,63
	Pai	1	81,00
	Outros familiares	2	86,00
	Marido e outros familiares	7	29,07
	Marido e Pai	1	41,00
	Marido e Mãe	1	97,50
	Total	100	

Test Statistics^{a,b}

	Dimensão Qualidade Vinculação	Dimensão Intensidade Vinculação	Vinculação Geral
Chi-Square	8,463	10,246	10,697
df	5	5	5
Asymp. Sig.	,132	,069	,058

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Habita com

Ranks

	A actual gravidez é	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dimensão Qualidade Vinculação	Primíparas	58	54,42	3156,50
	Múltiparas	42	45,08	1893,50
	Total	100		
Dimensão Intensidade Vinculação	Primíparas	58	57,08	3310,50
	Múltiparas	42	41,42	1739,50
	Total	100		

Vinculação Geral	Primíparas	58	56,18	3258,50
	Múltiparas	42	42,65	1791,50
	Total	100		

Test Statisticsa

	Dimensão Qualidade Vinculação	Dimensão Intensidade Vinculação	Vinculação Geral
Mann-Whitney U	990,500	836,500	888,500
Wilcoxon W	1893,500	1739,500	1791,500
Z	-1,602	-2,676	-2,306
Asymp. Sig. (2-tailed)	,109	,007	,021

a. Grouping Variable: A actual gravidez é

Ranks

Índice de Massa Corporal		N	Mean Rank
Dimensão Qualidade Vinculação	Sub-Nutrição	2	21,75
	Peso Normal	79	51,86
	Excesso de Peso	16	53,50
	Obesidade	2	21,75
	Obesidade Grave	1	10,00
	Total	100	
Dimensão Intensidade Vinculação	Sub-Nutrição	2	26,25
	Peso Normal	79	50,68
	Excesso de Peso	16	56,81
	Obesidade	2	26,25
	Obesidade Grave	1	32,00
	Total	100	
Vinculação Geral	Sub-Nutrição	2	18,75
	Peso Normal	79	51,41
	Excesso de Peso	16	55,22
	Obesidade	2	24,75
	Obesidade Grave	1	18,50
	Total	100	

Test Statisticsa,b

	Dimensão Qualidade Vinculação	Dimensão Intensidade Vinculação	Vinculação Geral
Chi-Square	6,328	3,997	5,712
df	4	4	4
Asymp. Sig.	,176	,406	,222

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Índice de Massa Corporal

Ranks

Curva de Aumento de Peso		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dimensão Qualidade Vinculação	Dentro do normal	62	49,98	3099,00
	Fora do Normal	38	51,34	1951,00
	Total	100		
Dimensão Intensidade Vinculação	Dentro do normal	62	49,65	3078,00
	Fora do Normal	38	51,89	1972,00
	Total	100		
Vinculação Geral	Dentro do normal	62	49,81	3088,00
	Fora do Normal	38	51,63	1962,00
	Total	100		

Test Statisticsa

	Dimensão Qualidade Vinculação	Dimensão Intensidade Vinculação	Vinculação Geral
Mann-Whitney U	1146,000	1125,000	1135,000
Wilcoxon W	3099,000	3078,000	3088,000
Z	-,229	-,378	-,306
Asymp. Sig. (2-tailed)	,819	,705	,760

a. Grouping Variable: Curva de Aumento de Peso

Ranks				
	Tem/teve algum acompanhamento psicológico ou psiquiátrico	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dimensão Qualidade Vinculação	Não	92	52,16	4799,00
	Sim	8	31,38	251,00
	Total	100		
Dimensão Intensidade Vinculação	Não	92	51,99	4783,00
	Sim	8	33,38	267,00
	Total	100		
Vinculação Geral	Não	92	52,12	4795,00
	Sim	8	31,88	255,00
	Total	100		

Test Statistics			
	Dimensão Qualidade Vinculação	Dimensão Intensidade Vinculação	Vinculação Geral
Mann-Whitney U	215,000	231,000	219,000
Wilcoxon W	251,000	267,000	255,000
Z	-1,960	-1,748	-1,897
Asymp. Sig. (2-tailed)	,050	,080	,058

a. Grouping Variable: Tem/teve algum acompanhamento psicológico ou psiquiátrico

Ranks				
	Saúde e hábitos de vida (tabaco)	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dimensão Qualidade Vinculação	Não	76	43,28	3289,00
	Sim	8	35,13	281,00
	Total	84		
Dimensão Intensidade Vinculação	Não	76	42,10	3199,50
	Sim	8	46,31	370,50
	Total	84		
Vinculação Geral	Não	76	42,52	3231,50
	Sim	8	42,31	338,50
	Total	84		

Test Statistics			
	Dimensão Qualidade Vinculação	Dimensão Intensidade Vinculação	Vinculação Geral
Mann-Whitney U	245,000	273,500	302,500
Wilcoxon W	281,000	3199,500	338,500
Z	-,908	-,467	-,023
Asymp. Sig. (2-tailed)	,364	,641	,982

a. Grouping Variable: Saúde e hábitos de vida (tabaco)

Ranks				
	Saúde e hábitos de vida (exercício físico)	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dimensão Qualidade Vinculação	Não	68	46,49	3161,00
	Sim	32	59,03	1889,00

	Total	100		
Dimensão Intensidade Vinculação	Não	68	46,79	3182,00
	Sim	32	58,38	1868,00
	Total	100		
Vinculação Geral	Não	68	46,23	3143,50
	Sim	32	59,58	1906,50
	Total	100		

Test Statisticsa

	Dimensão Qualidade Vinculação	Dimensão Intensidade Vinculação	Vinculação Geral
Mann-Whitney U	815,000	836,000	797,500
Wilcoxon W	3161,000	3182,000	3143,500
Z	-2,034	-1,870	-2,151
Asymp. Sig. (2-tailed)	,042	,061	,031

a. Grouping Variable: Saúde e hábitos de vida (exercício físico)

Ranks

Saúde e hábitos de vida (sono)		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dimensão Qualidade Vinculação	Não	26	50,88	1323,00
	Sim	74	50,36	3727,00
	Total	100		
Dimensão Intensidade Vinculação	Não	26	52,48	1364,50
	Sim	74	49,80	3685,50
	Total	100		
Vinculação Geral	Não	26	50,92	1324,00
	Sim	74	50,35	3726,00
	Total	100		

Test Statisticsa

	Dimensão Qualidade Vinculação	Dimensão Intensidade Vinculação	Vinculação Geral
Mann-Whitney U	952,000	910,500	951,000
Wilcoxon W	3727,000	3685,500	3726,000
Z	-,079	-,406	-,087
Asymp. Sig. (2-tailed)	,937	,684	,931

a. Grouping Variable: Saúde e hábitos de vida (sono)

Ranks

Saúde e hábitos de vida (frequência no curso de preparação para o parto)		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dimensão Qualidade Vinculação	Não	71	50,82	3608,00
	Sim	29	49,72	1442,00
	Total	100		
Dimensão Intensidade Vinculação	Não	71	49,87	3541,00
	Sim	29	52,03	1509,00
	Total	100		
Vinculação Geral	Não	71	50,63	3595,00
	Sim	29	50,17	1455,00
	Total	100		

Test Statisticsa

	Dimensão Qualidade Vinculação	Dimensão Intensidade Vinculação	Vinculação Geral
Mann-Whitney U	1007,000	985,000	1020,000

Wilcoxon W	1442,000	3541,000	1455,000
Z	-,172	-,340	-,072
Asymp. Sig. (2-tailed)	,863	,734	,942

a. Grouping Variable: Saúde e hábitos de vida (frequência no curso de preparação para o parto)

Relação entre características sociodemográficas e a Imagem Corporal

Ranks				
	Proveniência	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dimensão Realidade Corporal	Centro de Saúde de Alvalade	13	43,08	560,00
	Hospital CUF Descobertas	87	51,61	4490,00
	Total	100		
Dimensão Ideal Corporal	Centro de Saúde de Alvalade	13	39,69	516,00
	Hospital CUF Descobertas	87	52,11	4534,00
	Total	100		
Dimensão Apresentação Corporal	Centro de Saúde de Alvalade	13	39,08	508,00
	Hospital CUF Descobertas	87	52,21	4542,00
	Total	100		
Imagem Corporal Geral	Centro de Saúde de Alvalade	13	39,69	516,00
	Hospital CUF Descobertas	87	52,11	4534,00
	Total	100		

Test Statisticsa				
	Dimensão Realidade Corporal	Dimensão Ideal Corporal	Dimensão Apresentação Corporal	Imagem Corporal Geral
Mann-Whitney U	469,000	425,000	417,000	425,000
Wilcoxon W	560,000	516,000	508,000	516,000
Z	-,993	-1,442	-1,533	-1,441
Asymp. Sig. (2-tailed)	,321	,149	,125	,150

a. Grouping Variable: Proveniência

Ranks			
	Grupo Etário	N	Mean Rank
Dimensão Realidade Corporal	[19;25[	5	23,10
	[26;32[	50	51,64
	[>33]	45	52,28
	Total	100	
Dimensão Ideal Corporal	[19;25[	5	28,00
	[26;32[	50	50,10
	[>33]	45	53,44
	Total	100	
Dimensão Apresentação Corporal	[19;25[	5	28,60
	[26;32[	50	50,94
	[>33]	45	52,44
	Total	100	
Imagem Corporal Geral	[19;25[	5	24,80
	[26;32[	50	50,92
	[>33]	45	52,89
	Total	100	

Test Statisticsa,b				
	Dimensão Realidade Corporal	Dimensão Ideal Corporal	Dimensão Apresentação Corporal	Imagem Corporal Geral
Chi-Square	4,741	3,489	3,106	4,244
df	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,093	,175	,212	,120

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Grupo Etário

Ranks

Etnia		N	Mean Rank
Dimensão Realidade Corporal	Caucasiana	87	49,67
	Africana	4	61,25
	Outra	9	53,78
	Total	100	
Dimensão Ideal Corporal	Caucasiana	87	49,15
	Africana	4	56,75
	Outra	9	60,78
	Total	100	
Dimensão Apresentação Corporal	Caucasiana	87	49,56
	Africana	4	45,88
	Outra	9	61,67
	Total	100	
Imagem Corporal Geral	Caucasiana	87	49,22
	Africana	4	57,00
	Outra	9	60,00
	Total	100	

Test Statistics^{a,b}

	Dimensão Realidade Corporal	Dimensão Ideal Corporal	Dimensão Apresentação Corporal	Imagem Corporal Geral
Chi-Square	,741	1,508	1,549	1,337
df	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,690	,471	,461	,512

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Etnia

Ranks

Habilitações Literárias		N	Mean Rank
Dimensão Realidade Corporal	4 anos de escolaridade	1	11,00
	9 anos de escolaridade	3	26,33
	12 anos de escolaridade	25	47,54
	Ensino Superior	71	53,12
	Total	100	
Dimensão Ideal Corporal	4 anos de escolaridade	1	11,00
	9 anos de escolaridade	3	32,67
	12 anos de escolaridade	25	46,04
	Ensino Superior	71	53,38
	Total	100	
Dimensão Apresentação Corporal	4 anos de escolaridade	1	2,00
	9 anos de escolaridade	3	30,17
	12 anos de escolaridade	25	53,32
	Ensino Superior	71	51,05
	Total	100	
Imagem Corporal Geral	4 anos de escolaridade	1	7,50
	9 anos de escolaridade	3	28,50
	12 anos de escolaridade	25	47,60
	Ensino Superior	71	53,06
	Total	100	

Test Statistics^{a,b}

	Dimensão Realidade Corporal	Dimensão Ideal Corporal	Dimensão Apresentação Corporal	Imagem Corporal Geral
Chi-Square	4,810	4,289	4,594	4,728
df	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,186	,232	,204	,193

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Habilitações Literárias

Ranks

	Situação Profissional	N	Mean Rank
Dimensão Realidade Corporal	Empregada	92	50,54
	Desempregada	8	50,06
	Total	100	
Dimensão Ideal Corporal	Empregada	92	50,20
	Desempregada	8	53,94
	Total	100	
Dimensão Apresentação Corporal	Empregada	92	50,39
	Desempregada	8	51,81
	Total	100	
Imagem Corporal Geral	Empregada	92	50,30
	Desempregada	8	52,75
	Total	100	

Test Statistics^{a,b}

	Dimensão Realidade Corporal	Dimensão Ideal Corporal	Dimensão Apresentação Corporal	Imagem Corporal Geral
Chi-Square	,002	,122	,018	,052
df	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,964	,726	,893	,819

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Situação Profissional

Ranks

	Estado Civil	N	Mean Rank
Dimensão Realidade Corporal	Solteira	7	49,36
	Casada/Uniao de facto	93	50,59
	Total	100	
Dimensão Ideal Corporal	Solteira	7	39,07
	Casada/Uniao de facto	93	51,36
	Total	100	
Dimensão Apresentação Corporal	Solteira	7	43,50
	Casada/Uniao de facto	93	51,03
	Total	100	
Imagem Corporal Geral	Solteira	7	42,07
	Casada/Uniao de facto	93	51,13
	Total	100	

Test Statistics^{a,b}

	Dimensão Realidade Corporal	Dimensão Ideal Corporal	Dimensão Apresentação Corporal	Imagem Corporal Geral
Chi-Square	,012	1,171	,444	,636
df	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,914	,279	,505	,425

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Estado Civil

Ranks

	Habita com	N	Mean Rank
Dimensão Realidade Corporal	Marido	88	51,16
	Pai	1	85,50
	Outros familiares	2	43,00
	Marido e outros familiares	7	36,43
	Marido e Pai	1	52,50
	Marido e Mãe	1	68,50
	Total	100	
Dimensão Ideal Corporal	Marido	88	50,32

	Pai	1	53,50
	Outros familiares	2	24,00
	Marido e outros familiares	7	54,79
	Marido e Pai	1	71,00
	Marido e Mãe	1	65,50
	Total	100	
Dimensão Apresentação Corporal	Marido	88	50,63
	Pai	1	73,50
	Outros familiares	2	47,25
	Marido e outros familiares	7	45,43
	Marido e Pai	1	61,50
	Marido e Mãe	1	47,00
	Total	100	
Imagem Corporal Geral	Marido	88	50,57
	Pai	1	70,50
	Outros familiares	2	31,50
	Marido e outros familiares	7	47,93
	Marido e Pai	1	65,50
	Marido e Mãe	1	65,50
	Total	100	

Test Statistics^{a,b}

	Dimensão Realidade Corporal	Dimensão Ideal Corporal	Dimensão Apresentação Corporal	Imagem Corporal Geral
Chi-Square	3,699	2,609	1,042	1,925
df	5	5	5	5
Asymp. Sig.	,594	,760	,959	,859

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Habita com

Ranks

	A actual gravidez é	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dimensão Realidade Corporal	Primíparas	58	55,99	3247,50
	Múltiparas	42	42,92	1802,50
	Total	100		
Dimensão Ideal Corporal	Primíparas	58	55,34	3210,00
	Múltiparas	42	43,81	1840,00
	Total	100		
Dimensão Apresentação Corporal	Primíparas	58	57,03	3307,50
	Múltiparas	42	41,49	1742,50
	Total	100		
Imagem Corporal Geral	Primíparas	58	56,15	3256,50
	Múltiparas	42	42,70	1793,50
	Total	100		

Test Statistics^a

	Dimensão Realidade Corporal	Dimensão Ideal Corporal	Dimensão Apresentação Corporal	Imagem Corporal Geral
Mann-Whitney U	899,500	937,000	839,500	890,500
Wilcoxon W	1802,500	1840,000	1742,500	1793,500
Z	-2,233	-1,965	-2,662	-2,288
Asymp. Sig. (2-tailed)	,026	,049	,008	,022

a. Grouping Variable: A actual gravidez é

Ranks

	Índice de Massa Corporal	N	Mean Rank
Dimensão Realidade Corporal	Sub-Nutrição	2	86,25

	Peso Normal	79	50,69
	Excesso de Peso	16	50,41
	Obesidade	2	7,00
	Obesidade Grave	1	52,50
	Total	100	
Dimensão Ideal Corporal	Sub-Nutrição	2	96,50
	Peso Normal	79	52,49
	Excesso de Peso	16	42,22
	Obesidade	2	14,75
	Obesidade Grave	1	5,50
	Total	100	
Dimensão Apresentação Corporal	Sub-Nutrição	2	93,00
	Peso Normal	79	51,70
	Excesso de Peso	16	44,88
	Obesidade	2	14,25
	Obesidade Grave	1	33,00
	Total	100	
Imagem Corporal Geral	Sub-Nutrição	2	94,75
	Peso Normal	79	51,85
	Excesso de Peso	16	45,50
	Obesidade	2	11,00
	Obesidade Grave	1	14,50
	Total	100	

Test Statistics^{a,b}

	Dimensão Realidade Corporal	Dimensão Ideal Corporal	Dimensão Apresentação Corporal	Imagem Corporal Geral
Chi-Square	7,598	12,176	8,636	10,558
df	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,107	,016	,071	,032

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Índice de Massa Corporal

Ranks

	Curva de Aumento de Peso	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dimensão Realidade Corporal	Dentro do normal	62	51,86	3215,50
	Fora do Normal	38	48,28	1834,50
	Total	100		
Dimensão Ideal Corporal	Dentro do normal	62	51,08	3167,00
	Fora do Normal	38	49,55	1883,00
	Total	100		
Dimensão Apresentação Corporal	Dentro do normal	62	51,00	3162,00
	Fora do Normal	38	49,68	1888,00
	Total	100		
Imagem Corporal Geral	Dentro do normal	62	51,07	3166,50
	Fora do Normal	38	49,57	1883,50
	Total	100		

Test Statistics^a

	Dimensão Realidade Corporal	Dimensão Ideal Corporal	Dimensão Apresentação Corporal	Imagem Corporal Geral
Mann-Whitney U	1093,500	1142,000	1147,000	1142,500
Wilcoxon W	1834,500	1883,000	1888,000	1883,500
Z	-,602	-,256	-,222	-,252
Asymp. Sig. (2-tailed)	,547	,798	,825	,801

a. Grouping Variable: Curva de Aumento de Peso

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dimensão Realidade Corporal	Tem/teve algum acompanhamento psicológico ou psiquiátrico			
	Não	92	51,14	4704,50
	Sim	8	43,19	345,50
	Total	100		
Dimensão Ideal Corporal	Não	92	51,51	4739,00
	Sim	8	38,88	311,00
	Total	100		
Dimensão Apresentação Corporal	Não	92	51,04	4695,50
	Sim	8	44,31	354,50
	Total	100		
Imagem Corporal Geral	Não	92	51,35	4724,00
	Sim	8	40,75	326,00
	Total	100		

Test Statisticsa

	Dimensão Realidade Corporal	Dimensão Ideal Corporal	Dimensão Apresentação Corporal	Imagem Corporal Geral
Mann-Whitney U	309,500	275,000	318,500	290,000
Wilcoxon W	345,500	311,000	354,500	326,000
Z	-,746	-1,183	-,633	-,992
Asymp. Sig. (2-tailed)	,456	,237	,526	,321

a. Grouping Variable: Tem/teve algum acompanhamento psicológico ou psiquiátrico

Ranks

Saúde e hábitos de vida (tabaco)		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dimensão Realidade Corporal	Não	76	42,66	3242,50
	Sim	8	40,94	327,50
	Total	84		
Dimensão Ideal Corporal	Não	76	43,44	3301,50
	Sim	8	33,56	268,50
	Total	84		
Dimensão Apresentação Corporal	Não	76	43,37	3296,00
	Sim	8	34,25	274,00
	Total	84		
Imagem Corporal Geral	Não	76	43,14	3278,50
	Sim	8	36,44	291,50
	Total	84		

Test Statisticsa

	Dimensão Realidade Corporal	Dimensão Ideal Corporal	Dimensão Apresentação Corporal	Imagem Corporal Geral
Mann-Whitney U	291,500	232,500	238,000	255,500
Wilcoxon W	327,500	268,500	274,000	291,500
Z	-,191	-1,091	-1,014	-,740
Asymp. Sig. (2-tailed)	,848	,275	,311	,460

a. Grouping Variable: Saúde e hábitos de vida (tabaco)

Ranks

Saúde e hábitos de vida (exercício físico)		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dimensão Realidade Corporal	Não	68	47,74	3246,50
	Sim	32	56,36	1803,50
	Total	100		
Dimensão Ideal Corporal	Não	68	49,10	3339,00
	Sim	32	53,47	1711,00

	Total	100		
Dimensão Apresentação Corporal	Não	68	49,43	3361,50
	Sim	32	52,77	1688,50
	Total	100		
Imagem Corporal Geral	Não	68	48,55	3301,50
	Sim	32	54,64	1748,50
	Total	100		

Test Statisticsa

	Dimensão Realidade Corporal	Dimensão Ideal Corporal	Dimensão Apresentação Corporal	Imagem Corporal Geral
Mann-Whitney U	900,500	993,000	1015,500	955,500
Wilcoxon W	3246,500	3339,000	3361,500	3301,500
Z	-1,391	-,703	-,540	-,980
Asymp. Sig. (2-tailed)	,164	,482	,590	,327

a. Grouping Variable: Saúde e hábitos de vida (exercício físico)

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Saúde e hábitos de vida (sono)				
Dimensão Realidade Corporal	Não	26	45,10	1172,50
	Sim	74	52,40	3877,50
	Total	100		
Dimensão Ideal Corporal	Não	26	41,71	1084,50
	Sim	74	53,59	3965,50
	Total	100		
Dimensão Apresentação Corporal	Não	26	49,04	1275,00
	Sim	74	51,01	3775,00
	Total	100		
Imagem Corporal Geral	Não	26	43,44	1129,50
	Sim	74	52,98	3920,50
	Total	100		

Test Statisticsa

	Dimensão Realidade Corporal	Dimensão Ideal Corporal	Dimensão Apresentação Corporal	Imagem Corporal Geral
Mann-Whitney U	821,500	733,500	924,000	778,500
Wilcoxon W	1172,500	1084,500	1275,000	1129,500
Z	-1,108	-1,798	-,301	-1,443
Asymp. Sig. (2-tailed)	,268	,072	,764	,149

a. Grouping Variable: Saúde e hábitos de vida (sono)

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Saúde e hábitos de vida (frequência no curso de preparação para o parto)				
Dimensão Realidade Corporal	Não	71	51,05	3624,50
	Sim	29	49,16	1425,50
	Total	100		
Dimensão Ideal Corporal	Não	71	50,96	3618,50
	Sim	29	49,36	1431,50
	Total	100		

Dimensão Apresentação Corporal	Não	71	50,73	3601,50
	Sim	29	49,95	1448,50
	Total	100		
Imagem Corporal Geral	Não	71	51,01	3621,50
	Sim	29	49,26	1428,50
	Total	100		

Test Statisticsa

	Dimensão Realidade Corporal	Dimensão Ideal Corporal	Dimensão Apresentação Corporal	Imagem Corporal Geral
Mann-Whitney U	990,500	996,500	1013,500	993,500
Wilcoxon W	1425,500	1431,500	1448,500	1428,500
Z	-,297	-,251	-,122	-,274
Asymp. Sig. (2-tailed)	,766	,802	,903	,784

a. Grouping Variable: Saúde e hábitos de vida (frequência no curso de preparação para o parto)

Alphas de Cronbach

Escala Ansiedade

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,792	14

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Sinto-me confiante por saber que o meu parceiro me considera sexualmente desejável	1,52	,559	100
Sinto-me nervosa quando penso nas dores do parto	2,80	,932	100
Sinto-me preocupada com a possibilidade do meu bebé nascer com uma deformidade ou doença	2,82	,947	100
Sinto-me confiante que o pessoal médico e de enfermagem irá cuidar bem de mim	1,45	,500	100
Sinto-me preocupada com a perspectiva de me descontrolar durante o trabalho de parto	2,45	,925	100
Sinto a certeza que as pessoas que conheço gostam de mim e irão ajudar-me	1,25	,500	100
Sinto-me tranquila quanto à saúde do meu bebé	1,71	,518	100
Sinto-me satisfeita com o grau de envolvimento do meu parceiro na minha gravidez	1,36	,578	100
Sinto-me confiante que o meu bebé nascerá saudável	1,59	,514	100
Sinto-me segura por saber que o meu parceiro me apoia	1,17	,403	100
Sinto-me preocupada com a possibilidade de não recuperar a minha silhueta após o nascimento do meu bebé	2,58	,901	100
Sinto-me assustada com a hipótese de me sentir inútil durante o parto	2,13	,895	100
Sinto-me insegura sobre as mudanças físicas que estão a ocorrer no meu corpo	1,91	,866	100
Sinto-me preocupada com o facto de ter poucas pessoas que me apoiem a viver perto de mim	1,72	,954	100

Dimensão Atractividade

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,778	2

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Sinto-me preocupada com a possibilidade de não recuperar a minha silhueta após o nascimento do meu bebé	2,58	,901	100
Sinto-me insegura sobre as mudanças físicas que estão a ocorrer no meu corpo	1,91	,866	100

Dimensão Relação Coniugal

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,670	3

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Sinto-me confiante por saber que o meu parceiro me considera sexualmente desejável	1,52	,559	100
Sinto-me satisfeita com o grau de envolvimento do meu parceiro na minha gravidez	1,36	,578	100
Sinto-me segura por saber que o meu parceiro me apoia	1,17	,403	100

Dimensão Bebê

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,691	3

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Sinto-me preocupada com a possibilidade do meu bebé nascer com uma deformidade ou doença	2,82	,947	100
Sinto-me tranquila quanto à saúde do meu bebé	1,71	,518	100
Sinto-me confiante que o meu bebé nascerá saudável	1,59	,514	100

Dimensão Trabalho de Parto

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,746	3

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Sinto-me nervosa quando penso nas dores do parto	2,80	,932	100
Sinto-me preocupada com a perspectiva de me descontrolar durante o trabalho de parto	2,45	,925	100
Sinto-me assustada com a hipótese de me sentir inútil durante o parto	2,13	,895	100

Dimensão Suporte

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,388	3

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Sinto-me confiante que o pessoal médico e de enfermagem irá cuidar bem de mim	1,45	,500	100
Sinto a certeza que as pessoas que conheço gostam de mim e irão ajudar-me	1,25	,500	100
Sinto-me preocupada com o facto de ter poucas pessoas que me apoiem a viver perto de mim	1,72	,954	100

Escala Vinculação Pré-Natal

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,741	17

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Nas últimas duas semanas tenho pensado ou tenho-me preocupado com o bebé dentro de mim	3,76	,900	100
Nas últimas duas semanas quando falo ou penso sobre o meu bebé dentro de mim tenho sentido emoções que são	4,22	,675	100
Nas últimas duas semanas o meu desejo de ler ou obter informação acerca do bebé em desenvolvimento tem sido	3,72	,996	100
Nas últimas duas semanas tenho tentado imaginar como o bebé em desenvolvimento se parece dentro da minha barriga	3,47	1,150	100
Nas últimas duas semanas tenho dado por mim a falar com o meu bebé quando estou sozinha	2,74	1,107	100
Quando o bebé nascer gostaria de pegar nele	4,81	,526	100
Se a gravidez fosse interrompida neste momento (devido a aborto espontâneo ou outro acidente) sem qualquer dor ou mazela para mim penso que me sentiria	4,94	,445	100
Nas últimas duas semanas os meus sentimentos em relação ao bebé dentro de mim têm sido	4,67	,587	100
Nas últimas duas semanas tenho pensado no bebé em desenvolvimento principalmente como	4,59	,683	100
Nas últimas duas semanas tenho sentido que o bem-estar do bebé dentro da minha barriga depende de mim	4,50	,628	100
Nas últimas duas semanas quando penso no bebé dentro de mim os meus pensamentos	4,81	,465	100
Nas últimas duas semanas quando penso no bebé dentro de mim os meus sentimentos têm sido	4,74	,485	100
Nas últimas duas semanas tenho-me sentido emocionalmente	4,73	,529	100

Nas últimas duas semanas tenho tido cuidado com o que como para assegurar que o bebé tem uma dieta saudável	3,96	,790	100
Suponho que quando vir o bebé pela primeira vez depois do nascimento	4,78	,504	100
Nas últimas duas semanas tenho tido sonhos acerca da gravidez ou do bebé	2,26	1,125	100
Nas últimas duas semanas tenho dado por mim a tocar ou a passar com a mão na minha barriga onde está o bebé	4,96	,281	100

Dimensão Qualidade de Vinculação

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,602	9

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Nas últimas duas semanas os meus sentimentos em relação ao bebé dentro de mim têm sido	4,67	,587	100
Nas últimas duas semanas tenho pensado no bebé em desenvolvimento principalmente como	4,59	,683	100
Nas últimas duas semanas quando penso no bebé dentro de mim os meus pensamentos	4,81	,465	100
Nas últimas duas semanas quando penso no bebé dentro de mim os meus sentimentos têm sido	4,74	,485	100
Nas últimas duas semanas tenho-me sentido emocionalmente	4,73	,529	100
Nas últimas duas semanas tenho tido cuidado com o que como para assegurar que o bebé tem uma dieta saudável	3,96	,790	100
Suponho que quando vir o bebé pela primeira vez depois do nascimento	4,78	,504	100
Nas últimas duas semanas tenho tido sonhos acerca da gravidez ou do bebé	2,26	1,125	100
Nas últimas duas semanas tenho dado por mim a tocar ou a passar com a mão na minha barriga onde está o bebé	4,96	,281	100

Dimensão Intensidade da Vinculação

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,620	7

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Nas últimas duas semanas tenho pensado ou tenho-me preocupado com o bebé dentro de mim	3,76	,900	100
Nas últimas duas semanas quando falo ou penso sobre o meu bebé dentro de mim tenho sentido emoções que são	4,22	,675	100
Nas últimas duas semanas o meu desejo de ler ou obter informação acerca do bebé em desenvolvimento tem sido	3,72	,996	100

Nas últimas duas semanas tenho tentado imaginar como o bebé em desenvolvimento se parece dentro da minha barriga	3,47	1,150	100
Nas últimas duas semanas tenho dado por mim a falar com o meu bebé quando estou sozinha	2,74	1,107	100
Quando o bebé nascer gostaria de pegar nele	4,81	,526	100
Se a gravidez fosse interrompida neste momento (devido a aborto espontâneo ou outro acidente) sem qualquer dor ou mazela para mim penso que me sentiria	4,94	,445	100

Escala de Imagem Corporal

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,941	23

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Escondo alguma parte do meu corpo, porque ela não é perfeita	3,76	1,065	100
Apercebo-me de mudanças negativas no meu relacionamento com outras pessoas por causa da minha aparência física	4,59	,668	100
Independentemente das roupas ou acessórios que use a minha aparência física não me agrada	4,06	,983	100
Preocupo-me em excesso com a opinião das pessoas a respeito da minha aparência	4,08	,787	100
Tenho medo da rejeição das pessoas às mudanças que ocorrem no meu corpo	4,56	,671	100
Gosto do meu corpo como ele é	3,62	,962	100
Considero que o meu corpo é exactamente o que sempre sonhei	2,84	1,061	100
Estou satisfeita com o meu peso corporal	3,15	1,184	100
Evito olhar para alguma parte do meu corpo, porque ela não me agrada	4,22	,871	100
Evito tocar em alguma parte do meu corpo, porque ela não me agrada	4,53	,771	100
Desejaria ser uma pessoa com uma aparência física diferente	3,74	1,079	100
Gosto do formato e da aparência da minha cara	4,13	,861	100
Gosto do formato e da aparência dos meus seios	3,94	,983	100
Há coisas na minha aparência física que eu detesto	3,88	,998	100
Escondo das pessoas as mudanças negativas que ocorrem no meu corpo	4,01	,882	100
Penso que o meu corpo é insignificante	4,38	,930	100
Preocupo-me em excesso com as mudanças que ocorrem no meu corpo	3,79	,868	100
Recuso-me a aceitar as mudanças que ocorrem no meu corpo	4,20	,791	100
Sinto ressentimento porque o meu corpo não é aquele que eu desejaria que fosse	4,30	,882	100
Sinto-me desapontada com as mudanças que ocorrem no meu corpo	4,26	,760	100
Sinto-me incapaz de me adaptar às mudanças que ocorrem no meu corpo	4,27	,815	100
Sinto-me insatisfeita com a minha aparência actual	4,02	1,035	100

Sinto-me insatisfeita em relação a alguma parte do meu corpo	3,92	1,002	100
--	------	-------	-----

Dimensão Realidade Corporal

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,801	7

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Gosto do meu corpo como ele é	3,62	,962	100
Gosto do formato e da aparência da minha cara	4,13	,861	100
Gosto do formato e da aparência dos meus seios	3,94	,983	100
Escondo das pessoas as mudanças negativas que ocorrem no meu corpo	4,01	,882	100
Preocupo-me em excesso com as mudanças que ocorrem no meu corpo	3,79	,868	100
Recuso-me a aceitar as mudanças que ocorrem no meu corpo	4,20	,791	100
Sinto-me incapaz de me adaptar às mudanças que ocorrem no meu corpo	4,27	,815	100

Dimensão Ideal Corporal

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,909	11

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Considero que o meu corpo é exactamente o que sempre sonhei	2,84	1,061	100
Estou satisfeita com o meu peso corporal	3,15	1,184	100
Evito olhar para alguma parte do meu corpo, porque ela não me agrada	4,22	,871	100
Evito tocar em alguma parte do meu corpo, porque ela não me agrada	4,53	,771	100
Desejaria ser uma pessoa com uma aparência física diferente	3,74	1,079	100
Há coisas na minha aparência física que eu detesto	3,88	,998	100
Penso que o meu corpo é insignificante	4,38	,930	100
Sinto ressentimento porque o meu corpo não é aquele que eu desejaria que fosse	4,30	,882	100
Sinto-me desapontada com as mudanças que ocorrem no meu corpo	4,26	,760	100
Sinto-me insatisfeita com a minha aparência actual	4,02	1,035	100
Sinto-me insatisfeita em relação a alguma parte do meu corpo	3,92	1,002	100

Dimensão Apresentação Corporal

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,695	5

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Escondo alguma parte do meu corpo, porque ela não é perfeita	3,76	1,065	100
Apercebo-me de mudanças negativas no meu relacionamento com outras pessoas por causa da minha aparência física	4,59	,668	100
Independentemente das roupas ou acessórios que use a minha aparência física não me agrada	4,06	,983	100
Preocupo-me em excesso com a opinião das pessoas a respeito da minha aparência	4,08	,787	100
Tenho medo da rejeição das pessoas às mudanças que ocorrem no meu corpo	4,56	,671	100