

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA GRAVIDEZ E DA PARENTALIDADE


**Imagem Corporal e Relacionamento
Conjugal no Período Gravídico e
Pós-Parto**

Marta Malheiro Casimiro

Nº de aluno: 13461



2007

 Instituto Superior de Psicologia Aplicada
 Registo: 17846
 Data: 24.11.08
 Td: 21 001 17 00 • libros@ispa.pt

Dissertação de Mestrado sob orientação do Professor Doutor António Pires, apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Gravidez e da Parentalidade, de acordo com a Portaria nº 842/2005 de 19 de Setembro, para dar satisfação ao ponto “b” do Artigo 5 do Decreto Lei 216/92 de Setembro.

Agradecimentos

Numa jornada, não é a meta a atingir que nos engrandece, o caminho percorrido é o que realmente nos ilumina.

No final de mais uma etapa e reflectindo sobre todo o percurso realizado, não posso deixar de agradecer a todos, que de uma forma ou outra, contribuíram para a realização deste trabalho. Agradeço, sem ordem de prioridade

- Ao meu orientador, Professor Doutor António Pires, pela sua disponibilidade, incentivo e dedicação que me dispensou.
- À Mestre Rita Gomez pelas explicações infinitas sobre a Escala de Relacionamento Conjugal.
- A todos os casais que participaram no estudo tornando possível esta investigação.
- A todos os amigos e colegas que directa ou indirectamente me apoiaram.
- À minha família agradeço o carinho, a presença e a paciência.
- Em especial, ao Rui, meu marido, agradeço a força que me deu e ao Guilherme, meu filho, que me acompanhou intimamente desde a génese até ao final desta investigação.

Resumo

A diminuta informação relativa à influência que as alterações da satisfação da imagem corporal materna exercem na satisfação da relação conjugal, torna necessário o desenvolvimento de investigações nessa área. Pretende-se identificar alterações na satisfação da imagem corporal e na satisfação conjugal entre o período gravídico e pós-parto, e analisar a associação entre ambas. Os participantes foram 40 casais não expectantes e 36 casais expectantes. Ao primeiro grupo foram aplicadas a Escala de Body-Cathexis e a Escala de Relacionamento Conjugal (Dyadic Adjustment Scale) numa única sessão, ao segundo no 3º trimestre e 6/7 semanas pós-parto. Verificou-se que o grupo de controlo apresenta níveis de satisfação da imagem corporal e de satisfação conjugal superiores. Constatou-se não existir associação significativa entre a satisfação conjugal e a satisfação da imagem corporal. Registou-se um decréscimo na satisfação conjugal do casal e na satisfação da imagem corporal feminina quando percebida pelo companheiro, e um aumento da satisfação da imagem corporal feminina quando percebida pela própria entre o 3º trimestre e o pós-parto.

Palavras-chave: gravidez; período pós-parto; imagem corporal; relacionamento conjugal;

Abstract

The nonexistent information regarding to the influence that the changes of motherly body image satisfaction imposes on the marital relationship, demand the development of studies and more concern and focus investigation in this area. The aim of this study was to identify the changes in the marital satisfaction and in the body satisfaction between the pregnant and the afterbirth periods and analyse the associations between them. The participants were 40 not expectant couples and 36 expectant couples. To the first control group were applied the Body-Cathexis Scale and the Marital Relationship Scale (Dyadic Adjustment Scale) in a single session, to the second group were applied the same scales in two session, first during the third trimester and second six to seven weeks afterbirth. Results indicated that the control group presents higher body image and marital satisfaction. Findings suggested that there isn't significant association between the body image satisfaction and the marital satisfaction. It was also found a decrease in the marital satisfaction and the female body image satisfaction when acknowledged by the partner and an increase of the female body image satisfaction when acknowledged by her self between the third trimester and the post-partum period.

Key Words: pregnancy; post-partum; body image; marital relationship

ÍNDICE

I – INTRODUÇÃO	1
II – REVISÃO DA LITERATURA	3
1. IMAGEM CORPORAL	3
1.1. Definição	3
1.2. Definições Actuais sobre Imagem Corporal	5
1.3. Desenvolvimento da Imagem Corporal	7
2. RELACIONAMENTO CONJUGAL	8
2.1. Satisfação Conjugal	9
2.2.1. Modelos Teóricos de Satisfação Conjugal	9
3. GRAVIDEZ E PÓS-PARTO	15
3.1. Alterações Corporais Durante a Gravidez e Pós-Parto	16
3.2. Imagem Corporal Durante a Gravidez e Pós-Parto	20
3.3. Relacionamento Conjugal Durante a Gravidez e Pós-Parto	23
4. IMAGEM CORPORAL VS RELACIONAMENTO CONJUGAL NA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO	26
III – FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	29
IV – MÉTODO	32
1. PARTICIPANTES	32
2. PROCEDIMENTO	32
3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	33
V – RESULTADOS	35
1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	35
1.1. Caracterização da Amostra	35
1.2. Satisfação Conjugal	36
1.3. Satisfação da Imagem Corporal	38
1.4. Relação entre a Satisfação Conjugal e a Satisfação da Imagem Corporal	43
VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	44

VIII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	53
ANEXO A: Escala de Graffard	54
ANEXO B: Escala de Relacionamento Conjugal (DAS)	57
ANEXO C: Escala Body Cathexis	62
ANEXO D: Avaliação da Satisfação da Imagem Corporal feminina percebida pelo companheiro	65
ANEXO E: Base de dados do estudo	67
ANEXO F: Tabelas das análises estatísticas	89

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Caracterização da amostra total nas suas variáveis sócio-demográficas	35
TABELA 2: Satisfação Conjugal no grupo experimental nos dois momentos e no grupo de controlo	36
TABELA 3: Satisfação da Imagem Corporal feminina quando percebida pela própria no 3 ^o trimestre e 6/7 s pós-parto e no grupo de controlo	38
TABELA 4: Satisfação da Imagem Corporal feminina percebida pelo companheiro no 3 ^o trimestre e 6/7 s pós-parto e no grupo de controlo	40
TABELA 5: Análise da correlação entre a Satisfação da Imagem Corporal e Satisfação Conjugal	43

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Modelo de Imagem Corporal de Slade	6
FIGURA 2: Alteração da Satisfação Conjugal na Mulher e Tipo de Alimentação do Recém-Nascido	37
FIGURA 3: Alteração da Satisfação da Imagem Corporal feminina quando percebida pela própria e Nível Sócio-Económico	39
FIGURA 4: Alteração da Satisfação da Imagem Corporal feminina quando percebida pela própria e Perda de Peso	40
FIGURA 5: Alteração da Satisfação da Imagem Corporal feminina quando percebida pelo companheiro e Tipo de Parto	41
FIGURA 6: Alteração da Satisfação da Imagem Corporal feminina quando percebida pelo companheiro e Aumento de Peso	42
FIGURA 7: Alteração da Satisfação da Imagem Corporal feminina quando percebida pelo companheiro e Perda de Peso	43

I – INTRODUÇÃO

A gravidez é um período de mudança e adaptação a vários níveis na vida do casal, quer no plano individual quer no conjugal. É um período de profundas alterações físicas e psicológicas, onde imperam as constantes transformações corporais da mulher e adaptações psicológicas do casal (homem e mulher). Durante a gravidez, o corpo da mulher cresce e modifica-se rapidamente. O aumento de peso, o alargamento das ancas e o crescimento dos seios representam alguns exemplos de alterações na imagem corporal da grávida. Por sua vez, o marido/companheiro da grávida terá também de se adaptar ao seu futuro papel de pai, ao mesmo tempo que acompanha o processo de adaptação física e emocional da grávida. Colman e Colman (1994), afirmam que “nove meses é um tempo demasiado longo para anular como se fosse uma não-experiência, para aceitar como um tempo de preparação sem uma realidade própria. Nesse tempo muita coisa acontece, tanto fisiológica como psicologicamente”

Durante o tempo que medeia entre a concepção e o parto, o corpo da mulher tem que se modificar de modo a permitir o crescimento e desenvolvimento do ser que gerou e no final do processo permitir que esse mesmo ser seja exteriorizado. É óbvio que essas modificações se vão operando lentamente para que o organismo, na sua totalidade, se adapte às modificações necessárias. Podemos chamar a estas últimas, alterações fisiológicas da gravidez na medida em que é esperado/desejado que se verifiquem.

De acordo com alguns estudos, estas alterações poderão levar a um declínio da satisfação da imagem corporal da grávida durante a gestação, prolongando-se para o período do pós-parto. No entanto, outros estudos afirmam que as mulheres grávidas vêem as alterações corporais da gravidez como transitórias e necessárias para a gestação, e que por essa razão se mostram habilitadas para assimilar todas essas mudanças sem qualquer repercussão na sua vida psicológica e relacional. Para muitas mulheres engravidar representa também deixar de ter controlo sobre o seu corpo (Tobin, 1999, citado por Canavarro, 2001), essencialmente para as mulheres que consideram um corpo grávido como fisicamente pouco atraente, subsiste o medo de uma vida a desenvolver-se dentro de si, distorcendo a sua imagem física, fazendo-a engordar e produzir leite, modificando também a sua capacidade de sedução e vida sexual (Canavarro, 2000).

Na transição para a parentalidade, verifica-se igualmente alterações a nível conjugal. De acordo com Figueiredo (2004), tem-se observado uma diminuição da intimidade e satisfação conjugal, e um aumento das ambivalências e conflitos no seio do casal. Estas alterações ocorrem devido à adaptação necessária de uma relação diádica para uma triádica. No entanto outros factores podem concorrer para esse facto, nomeadamente a satisfação da imagem corporal feminina quando percebida pela própria e quando percebida pelo companheiro.

O corrente estudo pretende assim identificar as alterações da satisfação da imagem corporal materna quer percebida pela grávida quer pelo companheiro/marido e as alterações no relacionamento conjugal durante a gravidez e período pós-parto, procedendo a uma análise da relação entre a satisfação da imagem corporal e a satisfação do relacionamento conjugal durante estes períodos. Estruturalmente, este trabalho encontra-se dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo tem como principal finalidade descrever o referencial teórico referente às adaptações físicas, psicológicas e conjugais durante a gravidez e o período pós-parto. Segue-se o segundo capítulo, cujo objectivo é justificar a pertinência do estudo e elaboração do problema em causa. No terceiro capítulo, é exposta a metodologia desenvolvida neste estudo. A exposição pormenorizada referente à nossa investigação empírica é desenvolvida no quarto capítulo, onde se relatam os resultados da aplicação de instrumentos de recolha de dados e se procurou analisar a possível relação entre alguns factores de natureza sócio-demográfica, obstétrica e relacional. A discussão dos resultados é apresentada no quinto capítulo, onde inserimos as limitações e sugestões tendo em conta os objectivos formulados.

II – REVISÃO DA LITERATURA

1. IMAGEM CORPORAL

1.1. Definição

O conceito teórico de imagem corporal é muito utilizado no âmbito da psicologia, da psiquiatria, da medicina e da sociologia. O termo é aplicado para explicar aspectos importantes da personalidade, como a auto-estima ou o auto-conceito, ou para explicar certas psicopatologias como os transtornos dismórficos e alimentares. Contudo, não existe um consenso científico sobre o que é realmente a imagem corporal, existindo assim uma multiplicidade de designações que reflecte a dificuldade que impera na compreensão de como o indivíduo concebe o seu corpo.

Relativamente a este conceito, consideram-se duas perspectivas (Gomes, 2000):

- Perspectiva Neurológica – a imagem do corpo assenta em diversas competências e aquisições, é um processo integrador. Enquadra-se aqui a noção de esquema corporal, que consiste numa representação esquemática do corpo na consciência;
- Perspectiva Psicológica – A imagem corporal detém todas as representações, percepções, atitudes e sentimentos que o sujeito constrói relativamente ao seu corpo.

As primeiras referências à imagem corporal, e alterações associadas, surgem no princípio do século XX, em trabalhos médicos na área da neurologia.

Uma das primeiras definições de imagem corporal surgiu no Século XVII, com o cirurgião Ambroise Pare (McCrea, C. e tal 1980, citado por Schilder, 1981), que observou um sujeito, após lhe ter sido amputado um membro, sentia ilusoriamente a presença dessa mesma parte do corpo, sendo esta, aparentemente, a origem do sofrimento e dor do sujeito.

De acordo com Fisher (1990), refere que Bonnier em 1905 utiliza o termo “aschemata” para definir a sensação de desaparecimento do corpo devido a lesões cerebrais.

Em 1922, Pick (citado por Fisher, 1968) utilizava o conceito “autopagnosia”, para se referir a problemas com a própria orientação corporal. Este autor afirmava que cada

pessoa desenvolve uma “imagem espacial” do corpo, imagem essa que é uma representação interna do próprio corpo formada através de informação sensorial.

Henry Head, nos anos 20, (citado por Fisher, 1968) propunha que cada indivíduo constrói um modelo de imagem de si mesmo onde se incluem os movimentos corporais, começando a utilizar o termo “esquema corporal”.

Paul Schilder (1981), propõe a primeira definição de imagem corporal onde conjuga aspectos da fisiologia, da psicanálise e da sociologia. Esta consiste numa representação mental do corpo onde se apresenta como um sistema de referência fundamental para a compreensão de todas as condutas humanas, sejam elas normais ou patológicas. Segundo o seu modelo dinâmico e dialéctico, a imagem corporal reflecte a relação do sujeito com o outro e consigo, de onde se forma uma imagem. O afecto tem um papel importante a este nível, na medida em que transforma o valor relativo das partes da imagem corporal em função das tendências libidinais. Por outro lado o autor enfatiza o papel do movimento como factor de unificação com as diferentes partes do corpo, colocando-as numa relação precisa com o mundo exterior e os objectos. Neste sentido, a imagem corporal adquire-se, estrutura-se e elabora-se num contacto permanente com o exterior (Gomes, 2000). Assim, define a imagem corporal como “...a pintura do nosso próprio corpo, que nós formamos na nossa consciência, o que é dizer a forma como o corpo aparece a nós próprios” (Schilder, 1981, pág. 83).

De acordo com Horowitz (1966) a imagem corporal é um dado central interno, especializado na informação sobre o corpo e sobre o ambiente externo. A imagem corporal, enquanto função do Eu, que designa por auto-representação, é integrada por uma hierarquização de sistemas, em camadas articuladas com o espaço próximo, cuja designação é constelação de imagem corporal. Estaria em constante relação transaccional com percepções externas e internas, como memórias, afectos, processos cognitivos e acções. Estas informações seriam aglomeradas e mais tarde filtradas através de todos os mecanismos mentais, surgindo a imagem corporal. Assim, a natureza imediata da imagem corporal parece afectar as interpretações dos dados recebidos através dos órgãos dos sentidos e poderá proporcionar a existência de distorções não perceptivas das informações recebidas. (Gomes, 2000)

De uma maneira geral, a definição do conceito de imagem corporal refere-se ao corpo como uma vivência psicológica, mais concretamente aos sentimentos individuais e atitudes relativos ao próprio corpo. Interrelaciona a experiência subjectiva do sujeito com o seu corpo e a forma como organizou essas experiências.

1.2. Definições Actuais sobre Imagem Corporal

Analisando as diversas teorias de diferentes autores, Pruzinsky e Cash (1990) afirmam que existem várias imagens corporais interrelacionadas:

- Imagem perceptual – diz respeito à percepção do próprio corpo, ao conceito de esquema corporal onde se inclui informação sobre o tamanho e a forma do corpo e das suas partes.
- Imagem Cognitiva – inclui pensamentos, auto-mensagens, crenças sobre o nosso corpo;
- Imagem Emocional – insere os nossos sentimentos relativamente ao grau de satisfação com a nossa figura corporal e com as experiências que o nosso corpo nos proporciona.

Para estes autores a imagem corporal que cada indivíduo possui é uma experiência fundamentalmente subjectiva e apresenta as seguintes características:

- 1) É um conceito multifacetado;
- 2) A imagem corporal está interrelacionada com os sentimentos de autoconsciência;
- 3) A imagem corporal está socialmente determinada. Desde o nascimento existem influências sociais que induzem a autopercepção do corpo;
- 4) A imagem corporal não é fixa nem estática, mas um conceito dinâmico, que varia ao longo da vida em função das próprias experiências, das influências sociais, familiares, etc.
- 5) A imagem corporal influencia o processamento de informação, a forma de perceber o mundo é influenciada pela maneira como sentimos e pensamos sobre o nosso corpo;
- 6) A imagem corporal influencia o comportamento, não só a imagem corporal consciente, mas também a sub-consciente e a inconsciente.

Thompson (1990), acrescenta neste conceito, uma componente conductual, na medida em que existem certas condutas que têm origem na consideração da forma do corpo e do

grau de satisfação com ele, por exemplo: evitar situações onde se vê o corpo nu ou comprar roupas largas.

Outros autores como Slade (1994), centram a sua explicação numa representação mental do próprio corpo, a qual se origina e modifica através de diversos factores psicológicos individuais e sociais. Para este autor a imagem corporal é uma representação mental ampla da figura corporal, da sua forma e tamanho, a qual é influenciada por factores históricos, culturais, sociais, individuais e biológicos que variam ao longo do tempo. Slade elaborou um esquema explicativo sobre a imagem corporal, na Figura 1 pode-se ver uma adaptação do mesmo (Ayensa, 2002).

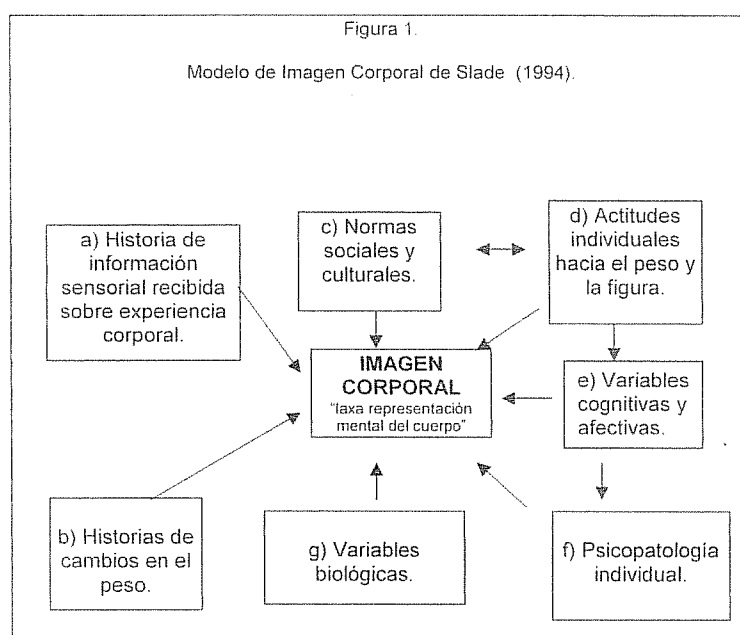


Figura 1 – Modelo de Imagem Corporal de Slade¹

De acordo com Raich, 2000 (citado por Ayensa, 2002) a imagem corporal é um construto complexo que inclui tanto a percepção que temos de todo o corpo e de cada uma das suas partes, como do movimento e seus limites, da experiência subjectiva de atitudes, pensamentos, comportamentos e valores que fazemos e sentimos, derivados das cognições e sentimentos que experimentamos.

¹ Fonte: Ayensa, J. I. (2002). *Qué es la Imagen Corporal – Cuadernos del Marqués de San Adrian*, consultado em Agosto de 2005 no site http://www.uned.es/ca-tutela/revista/n002/baile_ayensa.htm

1.3. Desenvolvimento da Imagem Corporal

A imagem corporal forma-se na nossa mente, através da interacção do interior do indivíduo com o meio externo que o rodeia, inserindo-se na sua formação aspectos físicos, sociais, afectivos, relacionais, etc.

De acordo com Capsiano (1983), o papel dos órgãos dos sentidos é essencial na formação da imagem corporal, pois contribuem para um conjunto de informações fisiológicas e anatómicas. Como órgãos sensoriais situam-se no exterior do corpo transformando-se num elo de ligação entre o meio externo e o interno, permitindo reacções voluntárias e reflexos em resposta qualquer acontecimento exterior. Cada órgão é composto por três partes:

- Parte Periférica – receptor das impressões e agentes estimulantes;
- Parte Cerebral – constitui o aparelho da percepção;
- Parte Intermediária – ponte de ligação entre a Parte Periférica e a Parte Cerebral, transmitindo informações.

Face a esta dinâmica fisiológica, o corpo está em constante metamorfose onde todos os sentidos entram em colaboração. Surgem sensações que podem ser compreendidas em quatro níveis que se interligam: fisiológico, medular, simpático e periférico; actividades focais do cérebro; actividades orgânicas gerais (relacionadas com a região cortical); e processos psíquicos. Estes diferentes níveis de interacção contribuem para a formação da imagem corporal e consequentemente influenciam a vida do indivíduo. Contudo, primariamente as actividades do organismo são psíquicas, levando-nos a afirmar que a imagem corporal é conferida por uma estabilidade no desenvolvimento dos níveis emocionais, afectivos e libidinais.

A imagem corporal é influenciada pela personalidade, co-existindo sob uma relação única e específica. Tendo em conta que a personalidade humana se modifica ao longo da vida, a imagem corporal também sofre constantes alterações, como resultado de acontecimentos, vivências ou situações relacionais. É através da percepção dos outros que a construção da imagem corporal se desenvolve; a interacção com o outro permite aceder a um conjunto de informações acerca da imagem corporal social do indivíduo.

A construção da imagem corporal pressupõe um desenvolvimento interno em todas as áreas de vida psíquica em conexão com as experiências de vida. Contudo, é a parte psíquica que detém a parte mais importante na formação da imagem corporal. O corpo é a expressão do ego de uma personalidade. A imagem corporal é lábil, mutável e incompleta, e depende do que fazemos dela, do nosso pensamento, percepções e relações pessoais. (Gomes, 2000)

Existe uma forte associação entre uma imagem corporal negativa e uma série de problemas psicológicos nos indivíduos. Uma imagem corporal menos positiva encontra-se entre os principais riscos de se desenvolver uma patologia alimentar (Cooley & Toray, 2001), bem como está relacionada com uma baixa auto-estima, ansiedade elevada devido à avaliação social, depressão e inibição sexual (Ackard, Kearney – Cooke, 2000; Lavin & Cash, 2000; Wiederman & Pryor, 2000; citados por Choate, 2005).

2. RELACIONAMENTO CONJUGAL

O relacionamento conjugal é definido como um processo em movimento durante um determinado tempo que pode ser avaliado em termos de proximidade a um bom ou deficiente relacionamento (Spanier, 1976, citado por Tavares 1990). Relaciona-se com o grau de satisfação marital ou do nível de relação conseguida pelo casal a viver maritalmente, que se encontra directamente relacionada com a comunicação, a afectividade, a sexualidade, a intimidade, o suporte afectivo/emocional, as actividades sociais, as diferenças de valores, etc.

O casal é formado aquando o encontro íntimo entre duas pessoas, que segundo Relvas (2004), inicia "...o ciclo vital da família na medida em que a família «nasce» nesta fase", transformando-se assim, na primeira etapa do ciclo vital. Neste encontro são elaborados ajustamentos na individualidade e conjugalidade dos elementos, no relacionamento com as respectivas famílias de origem e com os seus pares. É assim, desenvolvido um "tipo" de relacionamento conjugal que proporciona (ou não) a satisfação dos seus elementos.

2.1. Satisfação Conjugal

De acordo com Narciso (2002), a satisfação conjugal é uma avaliação subjectiva dos processos operativos, afectivos e cognitivos nas relações afectivas. É considerada como um ponto nodal do bem-estar ou felicidade conjugal, visto activar este sentimento e ser por ele activada.

O conceito de satisfação conjugal pode ser avaliado através do equacionamento entre os momentos de prazer e de desprazer em cada elemento do casal, ou seja, em que medida a percepção positiva da relação é superior (ou não) à percepção negativa. Diversos autores consideram ainda que a satisfação pode ser avaliada através da comunicação afectiva entre os cônjuges, onde os mais satisfeitos tendem a exprimir mais ternura e menos hostilidade do que os menos satisfeitos (Gottman & Silver, 2002; Huston & Vangelist, 1991).

Para Arriaga (2001), a satisfação que um individuo possui acerca de um relacionamento está ligada a uma avaliação individual da positividade que existe no relacionamento. Assim, uma pessoa pode ser considerada satisfeita com o seu relacionamento quando os produtos de uma relação superam o que é esperado dessa relação.

As investigações realizadas nesta temática têm incidido essencialmente na relação entre satisfação, comunicação e conflito. De acordo com Markman (1993), a qualidade da comunicação do casal e a sua capacidade para lidar com os conflitos constituem fortes preditores do sucesso e satisfação conjugal.

2.1.1. Modelos Teóricos de Satisfação Conjugal

Modelo do Sucesso Conjugal de Gottman e Silver

Gottman e Silver (1999), desenvolveram alguns estudos longitudinais em casais com diferente durabilidade conjugal, permitindo-lhes criar um modelo de sucesso conjugal, onde se distinguem casais felizes de casais infelizes. De acordo com os autores, citado por Narciso (2002), os casais felizes estabelecem dinâmicas que impedem os sentimentos e pensamentos negativos de anularem os positivos, funcionando de forma emocionalmente inteligente. Revelam uma profunda amizade e companheirismo que

permite a manutenção de um sentimento positivo predominante e que envolve respeito mútuo, prazer da companhia do outro, conhecimento íntimo recíproco, estima elevada e expressão diversificada dos afectos no quotidiano. Pelo contrário, se existem níveis elevados de cólera, irritação e ressentimento, o casal tenderá a desenvolver um sentimento negativo predominante e difícil de alterar.

De acordo com Gottman (1999), a amizade previne a escalada em direcção à negatividade, permitindo aos cônjuges implicarem-se em tentativas de reconciliação e reconhecerem os esforços do outro para fazerem face a conflitos e problemas inerentes a qualquer casamento.

Gottman apresenta um modelo preditivo do divórcio, descrevendo os sinais que caracterizam as interacções conflituosas e que conduzem à "cascata para a ruptura conjugal". Esses sinais são:

- **Início brutal:** refere-se a um tom negativo e acusatório (críticas, sarcasmos, menosprezo) que caracteriza o início de uma discussão.
- **Os quatro cavaleiros:** representam quatro tipos de interacções negativas que podem surgir no decorrer de uma discussão e que são fatais para a relação. São eles a crítica global (crítica dirigida à personalidade do parceiro, em vez de ser focalizada numa situação específica), o menosprezo (sarcasmo ou cinismo que agrava o conflito), uma atitude defensiva do que se sente atacado (implicando, frequentemente, censura dissimulada, intriga e escalada do conflito) e a fuga (abandono sistemático das discussões por um dos cônjuges, que se traduz também no abandono da relação).
- **O afogamento:** relaciona-se com um processo de desinvestimento afectivo da relação, na sequência de discussões dominadas pelos quatro cavaleiros, conduzindo a uma hostilidade insuportável. Episódios frequentes de afogamento são reveladores de um enorme desgaste afectivo de um dos cônjuges, quando tem de se confrontar com o outro.
- **Linguagem corporal:** engloba as reacções físicas do casal durante as discussões (aceleração do ritmo cardíaco, transformações hormonais, subida da tensão arterial, entre outros), revelando o nível de perturbação causado pela interacção. A perturbação nas reacções físicas torna impossível uma discussão construtiva, na medida em que diminui a capacidade de processamento da informação e a atenção às

mensagens do outro, a capacidade de resolução de problemas torna-se limitada e surge apenas uma de duas opções: combater o outro (criticando, menosprezando, defendendo-se) ou fugir (através do silêncio ou do abandono da situação).

- O insucesso das tentativas de reconciliação: referem-se aos esforços infrutíferos, de um dos elementos do casal ou de ambos, em diminuir a tensão e evitar o afogamento. O insucesso das tentativas de reconciliação, associadas à presença dos quatro cavaleiros eleva a taxa preditiva de divórcio para os noventa por cento.
- As más recordações: englobam sentimentos e percepções negativas, relativas ao passado e início da relação. Segundo Gottman, é possível prever a probabilidade de divórcio a partir da forma como o casal conta a história da sua relação, independentemente do conhecimento acerca dos seus sentimentos actuais. Quando a história sobre o passado é negativa, significa que a negatividade atingiu um ponto de grande intensidade entre os cônjuges.

No entanto, Gottman, citado por Narciso (2002), não se centra apenas nos factores que indicam a probabilidade de ruptura conjugal. O autor apresenta também sete princípios que caracterizam os casais emocionalmente inteligentes e felizes:

1. Enriquecer o seu "mapa de afecto": os casais emocionalmente inteligentes reservam um grande espaço cognitivo para a vida a dois, interessando-se pelos acontecimentos significativos na vida de cada um, conhecendo o quotidiano do outro, bem como os seus pensamentos e sentimentos, o que facilita a resolução de conflitos.

2. Cultivar a ternura e estima recíprocas: a ternura e a estima bloqueiam o caminho em direcção à ruptura e protegem o casal dos quatro cavaleiros. A forma de avaliar a sua presença na relação é através da forma como o casal conta a história do seu passado. Gottman afirma que em noventa e quatro por cento dos casos os casais com uma percepção positiva da sua história terão um futuro feliz.

3. Virarem-se um para o outro em vez de se afastarem: refere-se à atenção dada no dia-a-dia ao outro, tanto em relação a aspectos relevantes como insignificantes, e que é indício de presença de afectividade, promovendo a felicidade conjugal. De acordo com Gottman, os casais que se viram um para o outro aumentam "o crédito da sua conta-poupança", o que lhes permite enfrentar os conflitos e manter elevada a percepção positiva sobre a relação, mesmo perante situações de crise.

4. Deixar-se influenciar pelo parceiro: nos casais felizes o poder é partilhado e quanto maior for a capacidade de escuta do outro e respeito do seu ponto de vista, maior é a probabilidade de chegarem a soluções que agradam a ambos. Os homens, de forma geral, mostram-se mais resistentes às influências das mulheres mas, de acordo com os estudos de Gottman, os homens que partilham o poder com as mulheres são mais felizes e o risco de divórcio diminui.

5. Resolver os problemas solúveis: refere-se à resolução de problemas de menor intensidade que se centram numa situação ou dilema específico, em que é necessário iniciar discussões calmamente; aprender a efectuar e aceitar tentativas de reconciliação; estar atento às reacções fisiológicas, descobrindo e bloqueando os primeiros sinais de stress; fazer compromissos e ser tolerante face aos erros do cônjuge.

6. Ultrapassar os impasses: diz respeito à capacidade de dialogar e aprender a viver com os problemas de maior gravidade, que causam maior dor e que simbolizam um conflito mais profundo. De acordo com Gottman, para ultrapassar os impasses é necessário compreender as suas causas, identificando os sonhos (esperanças, aspirações ou desejos) que são fonte de conflitos. Depois de cada um compreender os seus próprios sonhos, que estão na origem de conflitos, é necessário partilhá-los com o cônjuge, o que implica uma exposição clara do sonho por parte de um, e uma escuta empática e não avaliativa por parte do outro. A partir daqui será possível identificar as possibilidades de flexibilidade e considerar os sonhos de ambos.

7. Caminhar no mesmo sentido: implica a criação de uma "cultura de casal", em que se entrelaçam as duas filosofias de vida.

A teoria de Gottman salienta a importância da exploração da história de vida do casal e, sobretudo, ter uma atenção particular à forma como cada cônjuge relata o passado relacional, aspecto que consideramos fundamental.

Modelo de Qualidade Conjugal de Lewis & Spanier (posteriormente revisto e adaptado por Feeney, Noller & Ward)

Lewis & Spanier (1979/1980), citados por Narciso & Costa (2000), desenvolveram um modelo da qualidade conjugal que enfatiza três conjuntos de variáveis que

desempenham um importante papel em predizer a qualidade conjugal: recursos pessoais e sociais (recursos que cada cônjuge leva para o casamento como, por exemplo, a auto-estima, saúde física e mental, capacidades); satisfação com o estilo de vida (composição satisfação com o agregado familiar, trabalho, redes de apoio) e recompensas da interacção conjugal (desempenho de papéis, eficácia da comunicação, quantidade de interacção, gratificação emocional e percepção positiva do cônjuge).

Os autores acima referidos estabeleceram trinta e oito proposições em relação à qualidade conjugal e aspectos específicos da interacção do casal. Agruparam estas proposições em função dos seus temas principais, os quais correspondem às cinco dimensões que se incluem na categoria referente às recompensas da interacção conjugal.

Posteriormente, Feeney, Noller & Ward (1997), citados por Narciso (2002), realizaram investigações para testar o modelo de qualidade conjugal, anteriormente referido, em relação às variáveis que dizem respeito às recompensas da interacção conjugal. Para avaliar a qualidade das relações dos cônjuges e a importância percebida de cada comportamento para o casamento, desenvolveram um questionário com trinta e oito itens, partindo das trinta e oito proposições referidas por Lewis & Spanier e concluíram a existência de três factores relativamente à qualidade conjugal – intimidade, respeito e consenso – e dois factores relativos à importância percebida – importância da comunicação e importância do consenso.

Mais tarde, os autores continuaram as investigações e a reformulação dos trinta e oito itens (uma vez que alguns itens correspondiam a mais do que uma questão, dificultando as respostas dos participantes) levou à conclusão da existência de cinco factores de qualidade conjugal: comunicação (compreender e concordar com o parceiro, comunicar com eficácia), compatibilidade (ir de encontro às expectativas do parceiro, ver o mundo de modo semelhante), atracção (compatibilidade e satisfação sexual, amor profundo), intimidade (partilha de atitudes, sentimentos e ideias) e respeito (igualdade, flexibilidade e promoção do crescimento do outro). Em relação à importância percebida foram identificados os mesmos dois factores (importância da comunicação e importância do consenso).

Modelo Integrativo de Whisman

Whisman (1997), citado por Narciso & Costa (2000) apresenta uma classificação dos factores que influenciam a satisfação: intrapessoais, interpessoais e contextuais. Os primeiros referem-se a características de personalidade, cognições, afectos, padrões de vinculação; os segundos dizem respeito a características da relação entre os cônjuges, tais como a comunicação, conflitos e sua resolução, semelhanças entre os parceiros; os terceiros englobam as características do meio como os acontecimentos stressantes e o contexto social enquanto influenciadores da satisfação conjugal. Wishman apresentou um modelo em que os factores intrapessoais, interpessoais e contextuais (determinantes da relação) estabelecem relações de influência recíproca e influenciam a satisfação conjugal, ao mesmo tempo que são por ela influenciados.

Modelo da Filosofia de Vida de Hojjat

O modelo da filosofia de vida de Hojjat (1997), citado por Narciso (2002), refere-se à filosofia de vida de cada cônjuge e sua relação com os processos cognitivos e comportamentais e com o factor tempo. O autor define filosofia de vida como um conjunto de crenças, valores e pressupostos do indivíduo ao longo da sua história e experiências pessoais, referindo-se a um sistema conceptual básico, desenvolvido ao longo do tempo, representando as expectativas individuais sobre o próprio e o mundo, constituindo um guia de funcionamento. A consciência desta filosofia de vida vai aumentando com o crescimento e experiências de vida, não sendo estática e podendo mesmo variar em função do momento, da situação ou das relações.

Hojjat propõe uma explicação causal da satisfação, em que as relações de intimidade dependem, sobretudo, das semelhanças entre as filosofias de vida e o modo de estar no mundo de ambos os elementos do casal. Neste sentido, indivíduos com filosofias de vida muito diferentes tenderão a apresentar igualmente diferenças ao nível das suas filosofias sobre relações e, conseqüentemente, sobre as percepções relativas à própria relação e sobre as atribuições que fazem relativamente às diversas situações relacionais. Se, acrescido a estes aspectos existir uma comunicação deficiente, resultará uma baixa satisfação conjugal devido à incapacidade de resolução de conflitos.

A filosofia de vida pode mudar ao longo do tempo devido ao crescimento do indivíduo ou a experiências de acontecimentos de vida, o que pode levar a uma aproximação ou afastamento entre as filosofias de vida dos cônjuges. As semelhanças, desde o início da relação até às fases mais avançadas da vida do casal, parecem ser um importante indício de felicidade conjugal. Por outro lado, em relações satisfeitas, ao longo do tempo os elementos do casal tendem a aproximar as suas filosofias de vida.

Modelo de Qualidade Conjugal de Fincham, Beach e Kemp-Fincham

Fincham, Beach e Kemp-Fincham (1997), citados por Narciso (2002), partem do pressuposto de que o comportamento conjugal não é sempre linear ao longo dos anos da relação. Defendem uma perspectiva dialéctica da satisfação conjugal, considerando que as relações conjugais são caracterizadas pela alternância entre momentos de afectividade positiva e momentos de afectividade negativa. Neste sentido, consideram que a análise da satisfação não pode ser dissociada da análise da insatisfação.

Estes autores consideram que só é possível ter acesso à complexidade das relações conjugais, abandonando a perspectiva dualista e concebendo formas de avaliação relacional que incluam a qualidade conjugal positiva (QCP) e a qualidade conjugal negativa (QCN). A partir do cruzamento destas duas dimensões, concluem a existência de quatro tipos de casais: satisfeitos ou felizes (elevada QCP e baixa QCN), insatisfeitos ou infelizes (baixa QCP e elevada QCN), ambivalentes (elevada QCP e elevada QCN) e indiferentes (baixa QCP e baixa QCN).

3. GRAVIDEZ E PÓS-PARTO

A gravidez é um período de mudança e adaptação a vários níveis na vida do casal, quer no plano individual como no conjugal. É um período de profundas alterações físicas e psicológicas, onde imperam as constantes transformações corporais da mulher e adaptações psicológicas do casal (homem e mulher).

Colman e Colman (1994), afirmam que “nove meses é um tempo demasiado longo para anular como se fosse uma não-experiência, para aceitar como um tempo de preparação

sem uma realidade própria. Nesse tempo muita coisa acontece, tanto fisiológica como psicologicamente”

Durante o tempo que medeia entre a concepção e o parto, o corpo da mulher tem que se modificar de modo a permitir o crescimento e desenvolvimento do ser que gerou e no final do processo permitir que esse mesmo ser, agora feto seja exteriorizado. É óbvio que essas modificações se vão operando lentamente para que o organismo, na sua totalidade, se adapte às modificações necessárias. Podemos chamar a estas últimas, alterações fisiológicas da gravidez na medida em que é esperado/desejado que se verifiquem.

3.1. Alterações Corporais Durante a Gravidez e Pós-Parto

Nas primeiras semanas após a concepção, observam-se no organismo da mulher inúmeras alterações anatómicas e fisiológicas. Algumas dessas modificações surgem antes das necessidades fetais o exigirem, como o aumento dos seios; outras vão-se estabelecendo à medida da evolução fetal, como é o caso do aumento da ventilação pulmonar. (Graça, 2000).

Primeiro Trimestre

No primeiro trimestre as alterações físicas não se apresentam muito visíveis, contudo o corpo da mulher vai passando por profundas transformações. Uma dessas alterações reporta-se ao tamanho, formato e posição uterina, cujo fenómeno é estimulado pelo aumento dos níveis de estrogénio e progesterona. Na sétima semana de gestação, o útero tem o tamanho de um ovo grande de galinha; na décima semana tem o tamanho de uma laranja; depois do terceiro mês esta evolução resulta essencialmente da pressão mecânica do feto em crescimento (Varney, 1997, citado por Lowdermilk et al, 1999).

Outras das transformações evidentes neste trimestre é o aumento do volume mamário, devido também ao elevado nível de estrogénio e progesterona em circulação. A sensibilidade mamária varia do leve formigueiro à dor aguda. Os mamilos e a aréola tornam-se mais pigmentados, desenvolvem-se as aréolas secundárias rosadas, para além das primárias, e os mamilos tornam-se mais erécteis. A hipertrofia das glândulas sebáceas nas aréolas primárias, chamadas de **Tubérculos de Montgomery**, pode ser observada em torno dos mamilos. Os vasos sanguíneos ficam visíveis, aparecendo

muitas vezes sob a superfície da pele, sendo mais comum nas mulheres primíparas. Poderão também surgir as estrias gravídicas nas faces externas mamárias.

Precocemente detecta-se um aumento da vascularização da vagina, conferindo à mucosa uma cor azulada, característica da gravidez, conhecida pelo **Sinal de Chadwick** (Graça, 2000). Igualmente se verifica um aumento da secreção vaginal, resultando num muco relativamente abundante, branco e ácido.

Alguns desconfortos também são comuns nesta fase, que não produzindo significativas alterações corporais visíveis na mulher, decerto concorrem para uma diminuição da qualidade de vida individual e conjugal da grávida, nomeadamente: os enjoos, as náuseas, a obstipação e a fadiga.

Segundo Trimestre

Ao longo deste trimestre, alguns dos desconfortos ocorridos no primeiro terço da gravidez tendem a desaparecer. No entanto outras manifestações tornam-se mais visíveis.

No segundo trimestre, o corpo e o fundo uterinos assumem uma forma globular, à medida que a gravidez progride, o útero alonga-se e torna-se oval, apoiando-se contra a parede abdominal anterior. Com vinte semanas de gestação, o útero pode ser palpado pouco abaixo do umbigo e atinge o nível da cicatriz umbilical por volta da 22^a semana. Poderão surgir contracções de **Braxton Hicks**, à medida que os músculos uterinos se distendem ajudando no transporte mais rápido do sangue pelos espaços intervilosos da placenta.

O aumento ponderal e o útero em crescimento das grávidas associado à acção das hormonas adrenocorticosteróides, provocam o estiramento do tecido conjuntivo subjacente à pele, provocando estrias gravídicas no segundo e terceiro trimestre de gestação, sendo mais comuns na pele que recobre as mamas, o abdómen, as nádegas e as coxas.

A pigmentação começa a alterar-se por volta da oitava semana de gravidez, devido essencialmente à hormona estimuladora dos melanócitos, ao ACTH, estrogénio e progesterona. Essas alterações são mais evidentes nas áreas hiperpigmentadas como a

face, as aréolas, as axilas, o abdómen, a região anal, as faces internas das coxas e vulva. As alterações específicas são a denominada **linha negra** e o **cloasma**. A linha negra é uma linha escura que se estende da cicatriz umbilical, até à região púbica. Na primípara surge em torno do terceiro mês de gravidez, nas múltíparas aparece antes do terceiro mês. Relativamente ao cloasma, é conhecido como máscara da gravidez e consiste em manchas acastanhadas irregulares que se desenvolvem na face, mas especificamente na zona dos maxilares e fronte. Este aparece após a décima sexta semana de gestação.

Também poderão surgir angiomas de pequenas dimensões no tórax, no pescoço, nos braços, na face e nas pernas, devido ao aumento do fluxo sanguíneo subcutâneo. A acne, os nevos na face, no pescoço no tronco ou nos braços também são comuns na gravidez. É também no segundo trimestre de gestação que a grávida começa a sentir os movimentos fetais.

Terceiro Trimestre

No terceiro trimestre, o fundo uterino atinge o nível do apêndice xifóide. Entre a 38ª e a 40ª semana de gestação, o feto começa a descer para a pelve (encaixamento), fazendo com que a altura do fundo do útero diminua.

As mamas tornam-se mais congestionadas e pesadas, à medida que se aproxima a lactação. Os aumentos dos níveis hormonais levam à secreção de um líquido viscoso e amarelado pelos mamilos, o **colostro**, podendo ser secretado a partir dos primeiros meses da gravidez, no entanto é mais comum no último trimestre. As alterações das mamas são mais marcantes na primípara do que na múltípara (Branden, 2000)

Também o **cloasma** torna-se mais pronunciado até ao nascimento do bebé.

Pós-Parto

No período pós-parto, as mudanças físicas continuam. Com a amamentação, os níveis de estrogénio permanecem baixos, o que diminui a lubrificação vaginal e muitas vezes também o desejo sexual. Surgem algumas alterações específicas, nomeadamente:

➤ *Contrações uterinas* – “as chamadas *dores tortas*” São imprescindíveis para comprimir os vasos sanguíneos de toda a decídua, em especial no local da

implantação placentária, evitando a hemorragia e permitem que, aos poucos, o útero adquira as suas dimensões e localização anteriores. É a hormona ocitocina libertada pela porção posterior da glândula pituitária que induz as contracções uterinas. Por volta de uma hora após o parto, embora o útero relaxe ligeiramente, a hemostase prossegue, pela activação dos mecanismos de coagulação sanguínea. O colo uterino demora sensivelmente uma semana para reduzir a sua abertura para um dedo. Cerca de duas semanas após o parto, o útero já não é palpável, retornando à sua posição anterior, na cavidade pélvica, abaixo da sínfise púbica. Por volta das seis semanas pós-parto já readquiriu as dimensões e contornos do útero não-grávido. A estimulação feita pela sucção do recém-nascido, ao mamar, aumenta a quantidade de ocitocina libertada, potenciando a involução uterina. As contracções sentidas durante e após as mamadas, são mais fortes no caso da mulher múltípara. O desconforto causado pelas contracções uterinas, nesta fase precoce do pós-parto, causam, provavelmente, um decréscimo na disponibilidade da mulher para dar carinho ao companheiro, visto estar centrada no seu sofrimento físico.

➤ *Lóquios - Hemorragia vaginal.* Resultam da cicatrização e regeneração do endométrio e têm uma duração de 3 a 4 semanas pós parto.

Após o parto vaginal, a vagina tem paredes lisas, está dilatada e edemaciada, com pouco tónus muscular. Ao fim de três semanas readquire as rugosidades, mas, habitualmente, não tão pronunciadas como anteriormente, o que leva a que permaneça mais larga. O epitélio vaginal torna-se frágil e atrófico, condição que reverte com a normalização dos níveis de estrogénio: seis a dez semanas, se a mulher não amamenta. O clitóris e os lábios vaginais passam a ser maiores. O intróito vaginal pode por vezes desenvolver uma abertura residual, irreversível

Durante o parto eutócico poderão surgir lacerações: superficiais – as pequenas lacerações decorrentes da excessiva distensão da pele, não requerem tratamento, no entanto, são fonte de desconforto, uma vez que pode estar presente a disrupção de algumas terminações nervosas das camadas mais superficiais dos tecidos. A passagem da urina nestes locais causa ardor, e, mais uma vez, desconforto; 1.º Grau – consiste numa rasgadura que envolve apenas a espessura da pele, usualmente cicatrizando por si, mas com a possibilidade de se formar excessivo tecido cicatricial, fibrótico, e portanto, menos elástico e flexível, causando disformidade; 2.º Grau – envolve a camada de tecido muscular e é geralmente suturada, para unir os bordos da ferida; 3.º Grau –

envolve o músculo do esfíncter anal, necessitando de correcção obstétrica, para evitar complicações como a incontinência fecal; 4.º Grau - é determinada pela laceração contígua da mucosa rectal, dividindo ao meio o esfíncter. Necessita de correcção cirúrgica apropriada, para o retomar da função normal do esfíncter.

A *Episiotomia*, trata-se de uma incisão cirúrgica efectuada para alargar o intróito, facilitando a expulsão, sendo semelhante à laceração de segundo grau, mas com a vantagem de ser programada e controlada a sua extensão, direcção e profundidade. Suturada, toma a designação de episiorrafia. Quanto mais extenso o traumatismo perineal, maior o desconforto, a dor, e com estes, o receio de retomar a actividade sexual. Até porque, o desconforto perdura para além da cicatrização das feridas, dando à mulher a sensação de que a cicatrização não está completa.

Para além de todas estas alterações físicas o cansaço encontra-se presente nesta fase, devendo-se essencialmente às últimas semanas fatigantes da gravidez, ao esforço do trabalho de parto e às bruscas alterações hormonais ocorridas.

3.2. Imagem Corporal Durante a Gravidez e Pós-Parto

O período da gravidez e pós-parto é considerado um problema para a imagem corporal da mulher e do casal, podendo originar que algumas mulheres escolham não terem filhos por essa razão (Garner, 1997, citado por Tiggemann, 2003). Por outro lado, estudos neste âmbito demonstram variações consideráveis na resposta das mulheres às alterações corporais: o peso e as mudanças na forma do corpo na gravidez podem ser motivo de preocupação para algumas mulheres, mas para outras não constituem motivo de stress (Boscaglia, Skouteris, & Wertheim, 2003; Devine, Bove, & Olson, 2000; citados por Tiggemann, 2003).

As transformações corporais que são vividas pela grávida têm que ser integradas na sua imagem corporal. Esta integração significa que esta consegue aceitar e vivenciar positivamente essas mudanças, adaptando-se mais facilmente à sua nova forma física (Bitzer & Alder, 2000)

De acordo com Earle (2003) existem três áreas fundamentais de preocupação para as mulheres durante a gravidez, nomeadamente: quando começarão a parecer grávidas;

onde ocorrerão as grandes mudanças a nível físico (ancas, seios, coxas...); e com que facilidade conseguirão retomar a sua forma física após o parto.

Primeiro Trimestre

No primeiro trimestre a mulher pode apresentar fantasias e pensamentos ilusórios relacionados com o organismo desconhecido que cresce no interior do seu corpo. Embora as transformações físicas neste período não sejam significativas, a mulher pode sentir alterações de forma distorcida e exagerada. Esta pode sentir-se gorda e feia, ou pode estar orgulhosa dos seus seios aumentados. “Mas durante o primeiro trimestre, a grávida está, provavelmente, a pensar no que lhe está a acontecer, uma vez que o bebé ainda não exigiu muita atenção, como um ser separado” (Colman e Colman, 1994).

De acordo com Gomes Pedro (1985), citado por Portelinha (2003), no primeiro trimestre da gravidez é notado um marcado narcisismo que evolui paralelamente à identificação do feto em crescimento como parte integrante de si própria. Nesta fase a grávida preocupa-se sobretudo com as transformações do seu corpo e equaciona essas alterações na sua aparência, nas suas capacidades funcionais, nas suas sensações e na sua mobilidade. Algumas mulheres referem preocupação de serem confundidas como estando gordas e não grávidas (Earle, 2003).

Segundo Goodwin et al (2000), citado por Boscaglia (2003), as mulheres apresentam um significativo declínio na satisfação da imagem corporal desde o período pré-gravidez até à 14^a/19^a semana de gestação.

Segundo Trimestre

Nesta fase a mulher começa a sentir o seu bebé, e à medida que isto sucede podem ocorrer inúmeros fenómenos interessantes. A mulher pode esforçar-se por engordar muito e aumentar o seu volume, para que aos olhos dos outros não existam dúvidas da sua gestação. Outras mulheres, que aumentaram muito de peso no início da gravidez (para se convencerem do seu estado gravídico), podem agora ser capazes de controlarem o que comem, uma vez que já têm provas internas da gravidez. “Uma mulher que aumenta pouco ou nenhum peso está a afirmar claramente a sua necessidade de manter um sentido estável da imagem do seu corpo” (Colman e Colman, 1994).

Terceiro Trimestre

Strang e Sullivan (1985), citado por Boscaglia, 2003, nos seus estudos demonstraram que as mulheres apresentam maior satisfação com o seu corpo nas seis semanas pós-parto do que no terceiro trimestre de gravidez. No último trimestre, a imagem corporal da mulher é quase descontínua com o seu estado físico habitual (Colman e Colman, 1994). Com o abdómen nas suas proporções máximas, surge a dúvida se o corpo voltará à normalidade. “Uma primípara disse passar horas em frente ao espelho a olhar espantada para o seu perfil com grande incredulidade” (Colman e Colman, 1994).

Lederman (1996), afirma que a não aceitação das mudanças a nível corporal por parte da mulher reflecte uma ambivalência não ultrapassada acerca da gravidez, assim como uma dificuldade de interiorização da maternidade (Rubin, 1975).

Os maridos apresentam, nesta fase, fortes sentimentos em relação aos novos corpos das esposas. Alguns ficam orgulhosos ao ver as esposas carregadas com a prova da sua masculinidade. Outros podem sentir repulsa pelas elevadas proporções das barrigas e seios dilatados. (Colman e Colman, 1994)

Pós-Parto

Após o parto há que se “(...) adaptar ao seu próprio corpo que sofreu grandes e rápidas transformações num período de tempo curto” (Kitzinger, 1978). A mesma autora refere que a mulher “(...) é confrontada com um corpo materno flácido e de onde escoam líquidos, vazio agora que o bebé nasceu, mas não é o corpo que lhe era familiar antes da gravidez e que ela sentia como seu” afirmando que “esta é a base da sua preocupação que, em geral, tem início durante a gravidez, relativamente a quando irá voltar ao «normal»”. Muitas mulheres referem terem dificuldades em manter uma dieta saudável (Stein & Fairburn, 1996, citados por Patel et al, 2005), devido a não terem tempo e energia suficientes visto o cuidar do bebé exigir muita disponibilidade por parte da mãe.

Neste período existem também uma série de respostas por parte das mulheres à sua imagem corporal, no entanto a maioria dos estudos demonstram que nesta fase a imagem corporal é mais negativa. Muitas mulheres apresentam-se insatisfeitas com o seu peso e forma corporal depois de terem o seu bebé (Baker, Carter, Cohen, &

Brownell, 1999; Walker, 1998; citados por Tiggemann, 2003), e poderão apresentar risco de desenvolverem uma patologia alimentar (Stein & Farburn, 1996; citado por Tiggemann, 2003). Estes autores afirmam que uma das razões para o desapontamento destas mulheres (essencialmente as primíparas) assenta no facto de estas esperarem que o seu corpo retome a normalidade rapidamente depois do nascimento do bebé.

Num estudo prospectivo, Jenkin e Tiggemann (1997), citado por Tiggemann, 2003, demonstraram que as mulheres mais jovens são as que apresentam mais expectativas irrealistas relacionadas com o seu corpo. Nas mulheres primíparas esta insatisfação tende a ser maior nas quatro semanas pós-parto quando comparado durante o período da gravidez (Jenkin e Tiggemann, 1997, citados por Jordan e Johnson, 2005).

No entanto, nem todos os estudos apresentam estas conclusões. Inúmeras investigações demonstram que a imagem corporal da mulher durante a gravidez evolui negativamente até ao parto, altura em que apresenta uma evolução positiva na sua satisfação (Drake et al, 1988; Stang & Sullivan, 1985; Walker, 1998; citados por Jordan e Johnson, 2005). De acordo com Harrison (1990), citado por Huang et al (2004), as mulheres que antes de engravidar apresentam uma satisfação positiva da imagem corporal tendem a ter uma reacção mais positiva às mudanças corporais durante a gestação e o pós-parto.

3.3. Relacionamento Conjugal na Gravidez e Pós-Parto

Num relacionamento conjugal, a gravidez e o nascimento de um filho podem assumir o significado de materialização / consolidação de uma relação íntima. Nesta fase ocorrem mudanças a todos os níveis, principalmente na satisfação conjugal, comunicação, afecto e ajustamento relacional (Cowan & Cowan, 2000). A nível consciente, desejar um filho significa representar-se mãe e pai de acordo com as normas sociais e familiares em que o individuo se encontra inserido. Faria (2001), citando Brazelton e Cramer (1986), diz-nos que enquanto para a mulher, ter um filho, permite-lhe confirmar a sua capacidade reprodutiva, ao homem confere-lhe confirmar a sua potência e o seu poder de engravidar uma mulher.

Inúmeros estudos suportam a noção de existir um declínio na satisfação conjugal desde o terceiro trimestre de gravidez até 6 meses pós-parto. Este decréscimo é maioritariamente atribuído ao facto de que o nascimento de uma criança obriga o casal a

repensar toda a sua relação, a re-adaptar velhos hábitos e importar novas noções, permitindo assim a passagem de uma relação diádica para uma triádica.

Com a gravidez e nascimento do primeiro filho surge um “...novo sub-sistema (parental), mas, também, novas funções, novas tarefas e um conjunto de reorganizações relacionais, intra e inter-familiares bem como inter-sistêmicas.” (Alarcão, 2002). Assim, considera-se este acontecimento um ponto de partida no processo de desenvolvimento familiar, tendo em conta a sua elevada contribuição na estruturação da vida do casal/família.

Durante a gravidez, o casal, assume o papel, não só de par romântico, mas também o papel de mãe e de pai, onde juntamente irão “...partilhar grandes responsabilidades – cuidar e educar uma criança” (Canavarro, 2001). No entanto, é com o nascimento do bebé real que o sub-sistema conjugal se vai ajustar e articular com o sub-sistema parental, formando estes um sistema em que ambos não se podem anular um ao outro e que contribuem em igual parte para a funcionalidade desse mesmo sistema – sistema familiar. Corroborando a opinião de Alarcão (2002), “... a conjugalidade e parentalidade, têm cada uma delas, o seu ciclo de vida, desenvolvendo-se num espaço e num tempo próprios ainda que permanentemente inter-actantes”. Assim, a aliança conjugal tem que ser flexível para originar a aliança parental, permitindo a divisão de tarefas domésticas e prestação de cuidados, a resolução de decisões importantes a nível económico e profissional, e acima de tudo oferecer um suporte emocional aos elementos que a constituem (Canavarro, 2000). Ainda, de acordo com Relvas (2004), “...desde o nascimento do primeiro filho até à sua entrada na escola, o sentido de mudança é fundamentalmente o mesmo: trata-se da reorganização familiar, através da definição de papéis parentais e filiais...”.

Encontra-se presente nesta fase uma redistribuição de papéis, funções e imagens relacionadas com três áreas: a conjugal, o relacionamento do casal com as famílias de origem e com os contextos que o envolve, nomeadamente, profissional, de amizades ou outras redes de suporte familiar (Relvas, 2004).

Com o nascimento da criança a configuração triangular surge no sistema familiar, originando uma aprendizagem nos elementos, na vivência de relações diáticas e triádicas na sua rotina diária. Por vezes esta passagem da díade à tríade pode ser

complicada, pois "...a unidade mãe-bebé sobrepõe-se a outras relações, nomeadamente à conjugal (...) e é relativamente frequente que o elemento masculino se sinta preterido." (Alarcão, 2002). Contudo, esta transição depende muito não só da qualidade da relação e afectividade conjugal, como também da relação da díade conjugal com a díade parental. Outro aspecto importante, são as características da criança e a sua capacidade de interacção com os pais.

A variação da satisfação conjugal durante a gravidez e pós-parto obedece a características individuais do casal. A experiência de se tornar mãe/pai envolve uma interacção complexa entre a personalidade dos elementos do casal, o temperamento da criança e a qualidade da relação triádica (Clulow, 1991).

De acordo com Vessey (2001), durante a transição para a parentalidade existem alguns determinantes nas mudanças do relacionamento conjugal:

- Características individuais dos elementos do casal – características da personalidade do homem e da mulher, como a autonomia, a impulsividade e os seus valores, atitudes e as suas percepções relacionadas com o processo parental estão associados com as transformações no seu relacionamento conjugal durante a transição para a parentalidade. Os maridos mostram-se mais envolvidos nos cuidados ao bebé quando as esposas permitem que este interaja mais com o filho (Belsky & Ravine, 1990), e quanto mais envolvido está o elemento masculino do casal no processo parental maior será a satisfação marital (Belsky, Lang & Rovine, 1985). Tem-se verificado igualmente, que o casal que apresenta uma atitude positiva relativamente à parentalidade tende a experienciar menos declínio na satisfação conjugal e um maior envolvimento com o filho.

- Características individuais da criança – características individuais do bebé também influenciam a adaptação parental e indirectamente a satisfação enquanto casal. Alguns estudos demonstram que pais de crianças com personalidade mais complexa apresentam um maior declínio na satisfação conjugal, pois o tempo dispensado para a criança é maior diminuindo a disponibilidade dos elementos um para o outro (Levy-Shift, 1994).

- Relacionamento com a família alargada – o relacionamento conjugal é também influenciado pelas famílias de origem de ambos os elementos do casal, na medida em que são a base da educação, valores, hábitos e tradições de cada elemento. E todo este património de valores será transmitido para a geração seguinte, ou seja, para a criança

que acabou de nascer. Se o processo de parentalidade na família de origem decorreu com sucesso, verifica-se a tendência para que este fenómeno se processe de igual forma na família nuclear, e indirectamente a qualidade do relacionamento conjugal não irá sofrer declínio.

O aparecimento de uma criança no seio de um casal irá assim, proporcionar um conjunto de mudanças e reajustes, "...que vai muito para além da sua aceitação e enquadramento inicial do sistema" (Relvas, 2004).

Na transição para a parentalidade, tem-se observado uma diminuição da intimidade e satisfação conjugal, e um aumento das ambivalências e conflitos no seio do casal (Figueiredo, 2004; Belsky, Lang, & Rovine, 1985; Belsky & Pensky, 1988; Cowan & Cowan, 2000; citados por Rholes, 2001; Knauth, 2000; citado por Vessey et al , 2001). No entanto, este facto não é universal. Tucker & Aron (1993) verificaram que alguns casais mantêm ou mesmo melhoram a sua qualidade no relacionamento conjugal. No caso da aliança conjugal ser fraca, sobretudo, das relações conjugais serem conflituosas, a capacidade de perceber um ser autónomo, com características próprias, que necessita simultaneamente de protecção e de autonomia, é uma tarefa desenvolvimental com exigência acrescida (Canavarro, 2001). De acordo com Lewis (1988), relacionamentos conjugais bem sucedidos antes de todo o processo de parentalidade, tendem a funcionar bem depois da criança nascer, mas que relações "menos competentes" se deterioram ainda mais.

De acordo com Belsky et al (1985), a qualidade conjugal sofre um decréscimo modesto durante o tempo anterior e posterior ao nascimento do bebé. Este facto é mais evidente nas mulheres do que nos homens. Estabelecem igualmente uma relação entre a satisfação conjugal antes do nascimento do filho e a satisfação à posteriori, ou seja, quanto mais elevada for a primeira maior será a segunda.

4. IMAGEM CORPORAL VS RELACIONAMENTO CONJUGAL NA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO

A partir do momento em que a gravidez está confirmada e aceite, o passo seguinte será mantê-la. Para o casal, a tarefa mais importante do primeiro trimestre é aceitar a

realidade da concepção e, para a mulher, lutar com o corpo com tudo o que isso implica. (Colman e Colman, 1994). É durante a gravidez que a mulher vivencia uma das maiores transformações corporais da sua vida, podendo afectar a satisfação da sua auto-imagem, o seu relacionamento com o companheiro e o desenvolvimento do processo de vinculação com o seu filho (Patel et al, 2005).

Alguns estudos indicam que o homem exerce um papel de extrema importância na satisfação corporal da mulher quando iniciam um relacionamento romântico (Miller, 2001; Friedman et al, 1999; citados por Markey et al, 2004). Com o decorrer da relação, as mulheres referem que os homens têm mais opiniões acerca da sua forma física e que estas realizam um esforço suplementar para aproximar o seu corpo da idealização da imagem corporal que os companheiros manifestam (Tantleff-Dunn & Thompson, 1995; citados por Markey et al, 2004). Por vezes, existe uma certa discrepância sobre o que os homens idealizam e o que as mulheres pensam que os homens idealizam (Collins, 1991; Fallon & Rizon, 1985; citados por Markey et al, 2004).

No decorrer da gravidez, o elemento masculino poderá ter a confirmação da gestação através das alterações do corpo da mulher. Frequentemente o marido poderá reprimir os sentimentos e necessidades, arrasado pelas mudanças, mais visíveis, da sua companheira, especialmente no primeiro trimestre, quando é provável que os únicos sinais de gravidez que evidencia sejam as náuseas e a fadiga, podendo provocar um afastamento quando poderia existir uma troca dinâmica. (Colman e Colman, 1994). O relacionamento com o companheiro afecta profundamente a mulher grávida. Verificou-se que o facto do marido apoiar a companheira durante este momento de profundas alterações físicas poderá significar que o nascimento da criança e a consequente parentalidade serão facilmente integrados na vida quotidiana do casal (Jayasvasti, 2005).

No início da gravidez, a fadiga e a ambivalência podem afectar seriamente a satisfação da relação conjugal, essencialmente ao nível sexualidade e intimidade do casal. A ideia de que a actividade sexual possa prejudicar o feto ou mãe prejudica o relacionamento de casal (Lowdermilk, 1996)

É durante o segundo trimestre, onde as mudanças físicas são mais visíveis, que o homem poderá ser mais afectado pela imagem corporal da sua mulher. “O efeito mais

óbvio que estas transformações comportam é o interesse sexual do marido pela esposa. Um homem pode não ser sexualmente atraído por uma mulher cujo corpo está tão diferente do da mulher com que se casou (...) A menos que o casal consiga falar acerca disso, toda a relação pode sofrer...” (Colman e Colman, 1994).

Por outro lado, é no segundo trimestre que, passada a fase da ambivalência e incorporando a imagem do feto, a mulher sente-se mais segura e feliz, capaz de admirar o seu corpo que se tornou fonte de prazer para ambos os cônjuges e de se maravilhar com as sensações que lhe advêm dos movimentos fetais (Portelinha, 2003)

De acordo com Nanneti (1984), durante a gravidez, os maridos começam a visionar as suas esposas como futuras mães em vez de parceiras sexuais. Esta mudança poderá ser uma possível explicação para a observação realizada por Bogren (1991) que os homens apresentam uma diminuição de desejo sexual no último trimestre onde a gravidez se torna mais visível nas mulheres. Igualmente, o desconforto provocado pelo tamanho do útero, a azia, as cainbras, o peso, a posição fetal, a saída de leite provocada pela excitação e as fortes contracções uterinas após o orgasmo, são aspectos que influenciam negativamente as relações sexuais (Portelinha, 2003)

No período pós-parto a insatisfação corporal tende a crescer significativamente, algumas mulheres referem um declínio na sua vida sexual devido a sentirem-se menos atraentes, podendo prolongar-se este sentimento até um ano após o nascimento do bebé. (Fischman et al, 1986; Wood Baker et al, 1999; citados por Jordan e Johnson, 2005).

As consequências de uma imagem corporal negativa durante a gravidez podem incluir atitudes de dietas excessivas, anorexia e bulimia, podendo originar um inadequado aumento de peso ponderal, parto prematuro, atraso de crescimento intra-uterino e em alguns casos morte materna ou fetal (Franko et al, 1993; Shearer et al, 1980; citados por Boscaglia et al, 2003). Durante o período pós parto as consequências poderão incluir desapontamento e surpresa relativamente ao seu corpo, sentimentos de baixa auto-estima, depressão e risco de patologias alimentares (Devine et al, 2000; Stein et al , 1996; citados por Boscaglia et al, 2003), o que indirectamente poderá afectar a satisfação do relacionamento conjugal.

III – FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

A transição do casal para a parentalidade poderá ser considerada uma situação de crise na medida em que origina um desequilíbrio no sistema familiar previamente estabelecido. É um período de grande mudança e ajustamento para ambos elementos do casal, implicando assim numerosas transformações nos diversos níveis das suas vidas (família, trabalho, pares, etc.). A estas mudanças acresce, o conjunto de adaptações psicológicas e conjugais a um corpo que está em constante mudança, num período curto de tempo (9 meses), exigindo do casal um suplementar esforço mental e psicológico, o que os predispõe para um maior risco de desgaste conjugal significativo.

Em diversas culturas, o corpo é um importante aspecto da vida social do indivíduo, na medida em que é utilizado como um instrumento de comunicação e visionamento na sociedade. Inerente a este facto encontra-se uma noção de beleza e da figura ideal do corpo (Helman, 2000, citado por Patel et al, 2005). Inúmeras investigações têm sido conduzidas nesta área da imagem corporal, sendo estas maioritariamente relacionadas com transtornos alimentares como a anorexia ou a bulimia. No entanto, existem poucos estudos nesta área quando relacionada com a gravidez e período pós-parto. É durante a gravidez que a mulher vivencia uma das maiores transformações corporais da sua vida, podendo afectar a satisfação da sua auto-imagem, o seu relacionamento com o companheiro e o desenvolvimento do processo de vinculação com o seu filho (Patel et al, 2005). Para muitas mulheres, engravidar representa deixar de ter controlo sobre o seu corpo (Tobin, 1999, citado por Canavarro, 2001), essencialmente para as mulheres que consideram um corpo grávido como fisicamente pouco atraente, subsiste o medo de uma vida a desenvolver-se dentro de si, distorcendo a sua imagem física, fazendo-a engordar e produzir leite, modificando a sua capacidade de sedução e vida sexual (Canavarro, 2000). De acordo com algumas investigações, estas alterações poderão levar a um declínio da satisfação da imagem corporal da grávida durante a gestação, prolongando-se para o período do pós-parto (Baker, Carter, Cohen, & Brownell, 1999; Walker, 1998; citados por Tiggemann, 2003), podendo originar que algumas mulheres escolham não ter filhos por esse motivo (Garner, 1997, citado por Tiggemann, 2003). As razões apontadas para essa insatisfação da imagem corporal centram-se em sentimentos de auto-consciência, de não conseguir exercer controlo sob as mudanças que imperam no seu corpo e de se sentirem menos atraentes fisicamente (Fox & Yamaguchi, 1997). Contudo, noutros trabalhos é afirmado que as mulheres grávidas

vêm as alterações corporais da gravidez como transitórias e necessárias para a gestação, e que por essa razão se mostram habilitadas para assimilar todas essas mudanças sem qualquer repercussão na sua vida psicológica e relacional (Boscaglia, Skouteris, & Wertheim, 2003; Devine, Bove, & Olson, 2000, citados por Tiggemann, 2003). No período pós-parto a insatisfação corporal tende a crescer significativamente, algumas mulheres referem um declínio na sua vida sexual devido a sentirem-se menos atraentes, podendo prolongar-se este sentimento até um ano após o nascimento do bebê. (Fischman et al, 1986; Wood Baker et al, 1999; citados por Jordan e Johnson, 2005).

A inexistência de estudos científicos relativamente à associação entre a satisfação da imagem corporal e o relacionamento conjugal durante a gravidez e pós-parto, não permite retirar quaisquer conclusões. A auto-imagem corporal da grávida pode reflectir-se no relacionamento do casal grávido, sobretudo ao nível da sua sexualidade. Por outro lado, tem-se conhecimento que o tipo de relação interfere directamente na qualidade da satisfação corporal dos elementos que constituem o casal (Tavares, 1990), assistindo-se assim a uma incógnita sobre qual dos processos (imagem corporal /relacionamento conjugal) influencia o outro. Alguns estudos indicam que o homem exerce um papel de extrema importância na satisfação corporal da mulher quando iniciam um relacionamento romântico (Miller, 2001; Friedman et al, 1999; citados por Markey et al, 2004). Com o decorrer da relação, as mulheres referem que os homens têm mais opiniões acerca da sua forma física e que estas realizam um esforço suplementar para aproximar o seu corpo da idealização da imagem corporal que os companheiros manifestam (Tantleff-Dunn & Thompson, 1995; citados por Markey et al, 2004). Por vezes, existe uma certa discrepância entre o que os homens idealizam e o que as mulheres pensam que os homens idealizam (Collins, 1991; Fallon & Rizon, 1985; citados por Markey et al, 2004). No decorrer da gravidez, o elemento masculino poderá ter a confirmação da gestação através das alterações do corpo da mulher. É durante o segundo trimestre, onde as mudanças físicas são mais visíveis, que o homem poderá ser mais afectado pela imagem corporal da sua mulher. “O efeito mais óbvio que estas transformações comportam é o interesse sexual do marido pela esposa. Um homem pode não ser sexualmente atraído por uma mulher cujo corpo está tão diferente do da mulher com que se casou (...) A menos que o casal consiga falar acerca disso, toda a relação pode sofrer...” (Colman e Colman, 1994). De acordo com alguns estudos, tem-se ainda observado, na transição para a parentalidade, uma diminuição da intimidade e satisfação conjugal, e um aumento das ambivalências e conflitos no seio do casal

(Belsky, Lang, & Rovine, 1985; Belsky & Pensky, 1988; Cowan & Cowan, 2000; citados por Rholes, 2001; Knauth, 2000; citado por Vessey et al , 2001). Deste modo, o conhecimento do quadro dos sentimentos e vivências relacionados com a satisfação da imagem corporal e relacionamento conjugal durante a gravidez e pós-parto poderá constituir um factor importante para que a problemática das alterações na imagem corporal e dos relacionamentos de cada casal que assistimos neste período, seja entendida de uma forma mais esclarecida e contextual. Permitirá uma melhor compreensão deste fenómeno, fornecendo uma referência comportamental e poderá servir como um suporte consistente para uma intervenção mais esclarecida e direccionada no sentido de se estabelecer uma relação de ajuda e encaminhamento destes casais.

Assim, a pesquisa que realizámos orientou-se no sentido de identificar as alterações da satisfação da imagem corporal materna quer percebida pela grávida quer pelo companheiro/marido e as alterações no relacionamento conjugal durante a gravidez e período pós-parto, procedendo a uma análise da relação entre a satisfação da imagem corporal e a satisfação do relacionamento conjugal durante estes períodos.

IV – MÉTODO

1. PARTICIPANTES

Os participantes são 36 casais entre as 32 e 40 semanas de gestação, que foram recrutados no Internamento de Obstetrícia do Hospital de D. Estefânia, e em aulas de Preparação para o Parto de Instituições Privadas. Foram pré-estabelecidas condições para este grupo, nomeadamente o elemento feminino se encontrar grávido no terceiro trimestre de gestação (gravidez classificada como de baixo risco, segundo os critérios de Avaliação do Risco Pré-natal – de Goodwinn adaptado – Circular Normativa 19 de 08/05/96 da DGCS); o casal ser de nacionalidade portuguesa; e se encontrar a co-habitar num período igual ou superior a 1 ano.

Foi ainda constituído um grupo de controlo, com os dois elementos de 40 casais não expectantes, recolhidos da população geral. Este grupo apresenta como condições pré-definidas, a co-habitação superior ou igual a 1 ano, encontrarem-se em idade fértil e o elemento feminino não estar grávido. Todos os elementos são de nacionalidade portuguesa.

2. PROCEDIMENTO

Foram aplicados os Instrumentos de Avaliação à grávida no terceiro trimestre de gestação e ao companheiro, e posteriormente, novamente aplicados, às 6 / 7 semanas pós-parto. Foram igualmente aplicados aos casais não grávidos.

O primeiro contacto dos casais “grávidos” foi efectuado no Internamento de Obstetrícia ou numa aula de Preparação para o Parto, durante o qual os casais foram informados do objectivo do estudo e a sua confidencialidade, e se obteve o consentimento informado, entregando-se os materiais de avaliação. No caso dos cônjuges não estarem presentes foram fornecidos à grávida os instrumentos com o propósito de serem devolvidos por correio em envelope previamente selado e endereçado, sem qualquer custo para o casal. Foi igualmente entregue ao casal um outro envelope com os materiais de avaliação para estes responderem na segunda fase de aplicação (6/7 semanas pós-parto), o qual deveria ser enviado de igual forma do anterior. Foram informados que seriam contactados telefonicamente para “relembrar” o envio dos envelopes.

Relativamente aos casais não expectantes, foi efectuado um único contacto onde se procedeu de igual forma à que foi realizada para os casais expectantes.

3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Grelha de Graffar (classificação social internacional estabelecida pelo Professor Graffar) – utilizada para a caracterização da amostra relativamente ao seu nível sócio-económico. É constituída por 5 escalas graduadas em 5 categorias cuja descrição permite atribuir uma pontuação respectiva: à categoria característica do mais alto nível social ou económico corresponde a atribuição de 1 ponto e, em contrapartida, à categoria característica do nível mais baixo corresponde 5 pontos. As cinco categorias avaliadas são: estatuto profissional, nível de instrução, fontes de rendimento, tipo de alojamento e características do local de residência. Após a atribuição da pontuação de acordo com cada uma das dimensões, procedeu-se à soma desses pontos, obtendo-se um índice que se utilizou como medida do nível sócio-económico dos participantes. Esta pontuação serve para classificar as famílias em classes: classe I (nível sócio económico Muito Bom) de 5 a 9 pontos; classe II (nível sócio económico Bom) de 10 a 13 pontos; classe III (nível sócio económico Razoável) de 14 a 17 pontos; classe IV (nível sócio económico reduzido) de 18 a 21 pontos; classe V (nível sócio económico Mau) de 22 a 25 pontos.

Escala de Relacionamento Conjugal (DAS) Spanier, (1976) – avalia a qualidade do relacionamento conjugal. Foi utilizada a versão portuguesa da escala elaborada por Gomez & Leal (submetido). É o instrumento de avaliação mais utilizado mundialmente para avaliar a satisfação do relacionamento conjugal (Mckeown, 2002), sendo esta versão composta por 32 itens divididos por quatro sub-escalas que avaliam: consenso diádico (15 itens), satisfação diádica (10 itens), coesão diádica (5 itens) e expressão do afecto (2 itens). Permite uma avaliação individual de cada elemento do casal, aferindo-se de seguida uma avaliação global do casal. A pontuação total da escala varia desde 151 (total satisfação) até 0 (total insatisfação). De acordo com Spanier, citado por Mckeown (2002), o casal apresenta-se insatisfeito quando um dos elementos apresenta um valor abaixo de 100. No instrumento original o valor de α de Cronbach corresponde a 0,96 para toda a escala DAS, em cada sub-escala varia de 0,73 a 0,94 (Touliatos,

1989). A sua validade corresponde a um valor de 0.86 (Rosen-Grandon et al, 2004). Na versão portuguesa o valor de α de Cronbach corresponde a 0,897 ($n = 207$). A Escala de Relacionamento Conjugal quando aplicada ao total da amostra do corrente estudo, com 152 sujeitos, revelou um valor de coeficiente de alfa de Cronbach de 0,85, com média de 121,63 e $\sigma=10,74$.

Escala Body Cathexis, Secord e Jourard (1953) – avalia o grau de satisfação ou insatisfação do sujeito, relativamente às várias partes ou processos corporais. Consiste numa escala de autoavaliação de quarenta e seis itens, apesar de actualmente se utilizar a versão modificada e reduzida de quarenta itens, versão que é usada neste estudo (Tucker, 1981, citado por Rocha, 2002). Os itens são descritos por uma forma não técnica, como cabelo, mãos, força muscular entre outros, e são avaliados pelos sujeitos através de uma escala onde o um representa muito insatisfeito e o cinco muito satisfeito. O score final obtém-se através da soma da classificação de cada indivíduo nos quarenta itens e da posterior divisão pelo respectivo número. O valor final representa o grau de satisfação relativamente à totalidade do corpo. Segundo Boscaglia (2003), a escala original apresenta um α entre 0,85 e 0.88 e validade de 0,71. No nosso estudo esta escala aplicada a 76 mulheres da nossa amostra apresentou um coeficiente alfa de Cronbach dentro do intervalo considerado como ideal, com valor de 0,95. Revelou uma média de 147 e $\sigma=22,14$.

Relativamente à *percepção do homem do corpo da mulher*, elaborou-se uma pergunta fechada relacionada com a sua opinião acerca da imagem corporal da companheira (satisfatória ou insatisfatória) utilizando-se uma escala de Likert onde o valor zero corresponde ao muito insatisfeito e o valor cinco ao muito satisfeito.

IV – RESULTADOS

1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

1.1. Caracterização da Amostra

Variáveis sócio-demográficas

Relativamente à *idade*, os participantes do grupo experimental apresentam uma variação dos 18 aos 47 anos e o grupo de controlo varia dos 24 aos 41 anos, verificando-se que a média das idades dos casais grávidos (média = 32,26 anos, $\sigma = 4,89$) é significativamente superior à média das idades dos casais não grávidos (média = 29,85, $\sigma = 3,78$), ($t(150) = 3,421$, $p < 0,05$).

Quanto ao *número de anos de co-habitação* os casais não grávidos apresentam uma variação entre 1 e 16 anos, com média de 4,73 anos ($\sigma = 3,19$) e os casais grávidos variam entre 1 e 23 anos, com média de 6,31 ($\sigma = 5,08$), não registando diferenças estatisticamente significativas. O mesmo se verifica com as restantes variáveis sócio-demográficas (Anexo F).

	Raça N (%)		Nível Sócio-Económico N (%)					Nº de filhos N (%)					
	Branc a	Negra	Muito Bom	Bom	Razo ável	Redu zido	Ma u	0	1	2	3	4	5
Grupo de Controlo (n = 80)	69 86,3%	11 13,8%	15 18,8%	56 70%	9 11,3%	0 0%	0 0%	30 37,5%	28 35%	22 27,5 %	0 0%	0 0 %	0 0%
Grupo Experime ntal (n = 72)	64 88,9%	8 11,1%	14 19,4%	43 59,7%	9 12,5%	6 8,3%	0 0%	24 33,3%	38 52,8 %	4 5,6 %	4 5,6 %	0 0 %	2 2,8%

Tabela 1 – Caracterização da amostra total nas suas variáveis sócio-demográficas

Variáveis Obstétricas

Relativamente ao *tipo de parto* 47,2 % teve um parto distócico de cesariana, 38,9% um parto eutócico e 13,9% um parto distócico de ventosa.

Quanto ao *tipo de alimentação do recém-nascido*, 58,3% das puérperas utilizam leite materno mais leite artificial, 22,2 % leite materno exclusivo e 19,4% leite artificial.

No que se refere ao *aumento de peso* até ao 3º trimestre de gravidez, 56,4% das mulheres aumentaram de 11 a 20 kg, 25,6% de 6 a 10 kg e 17,9% de 0 a 5 kg. Em relação à *perda de peso* até às 6/7 semanas pós-parto 44,4 % perdeu entre 0 a 5 kg, 41,7% de 6 a 10Kg e 13,9% entre 11 a 20Kg, demonstrando que a maioria das mulheres ainda não retomaram o seu peso habitual.

1.2. Satisfação Conjugal

Verificou-se que a Satisfação Conjugal média na amostra de controlo é superior à Satisfação Conjugal média da amostra experimental nos dois períodos tanto para as mulheres como para os homens: 3º trimestre mulheres (Wilcoxon $W = 1170,50$; Mann-Whitney $U = 504,5$; $p = 0,024$; $N = 36$), 3º trimestre homens (Wilcoxon $W = 1124$; Mann-Whitney $U = 458$; $p = 0,006$; $N = 36$); pós-parto mulheres (Wilcoxon $W = 1037$; Mann-Whitney $U = 371$; $p < 0,05$; $N = 36$) e pós-parto homens (Wilcoxon $W = 1158$; Mann-Whitney $U = 492$; $p = 0,017$; $N = 36$). A Satisfação Conjugal média das mulheres da amostra experimental no 3º Trimestre é significativamente superior à Satisfação Conjugal média nas 6/7 semanas pós-parto (Wilcoxon $S = 60$, $p = 0,001$). O mesmo se constatou para a Satisfação conjugal média dos homens da amostra experimental (Wilcoxon $S = 210$, $p = 0,026$).

			Média	N	Desvio-Padrão
Satisfação Conjugal	3º Trimestre	Mulheres	119,53	36	8,28
		Homens	118,17	36	9,39
	6/7s pós- parto	Mulheres	114,92	36	9,97
		Homens	115,89	36	13,41
	Grupo de controlo	Mulheres	123,75	40	10,56
		Homens	122,73	40	12,11

Tabela 2 – Satisfação Conjugal no grupo experimental nos dois momentos e no grupo de controlo

Por se verificar esta alteração procedemos à testagem, com utilização do teste de Kruskal-Wallis², para saber quais as variáveis sócio-demográficas (idade, nível sócio-económico, número de anos de co-habitação e número de filhos) explicam a alteração experimentada na satisfação conjugal. Assim, constatou-se que nenhuma destas variáveis influencia significativamente a alteração da satisfação do relacionamento conjugal tanto nas mulheres como nos homens.

Quisemos ainda saber quais as variáveis obstétricas (tipo de parto, tipo de alimentação do recém-nascido, aumento e perda de peso) que influenciam a alteração da satisfação conjugal. Verificámos que nas mulheres grávidas somente o tipo de alimentação do recém-nascido exerce uma influência significativa na alteração da satisfação do relacionamento conjugal (Kruskal-Wallis $H(2) = 15,565$; $p < 0,05$). De acordo com a comparação múltipla de médias das ordens, os tipos de alimentação do recém-nascido significativamente diferentes são entre a alimentação mista e o aleitamento materno ($p < 0,05$) e entre a alimentação mista e aleitamento artificial ($p = 0,005$). As mulheres que alimentaram os seus filhos com um aleitamento misto (leite materno + leite artificial) apresentaram decréscimos menos acentuados na satisfação conjugal.

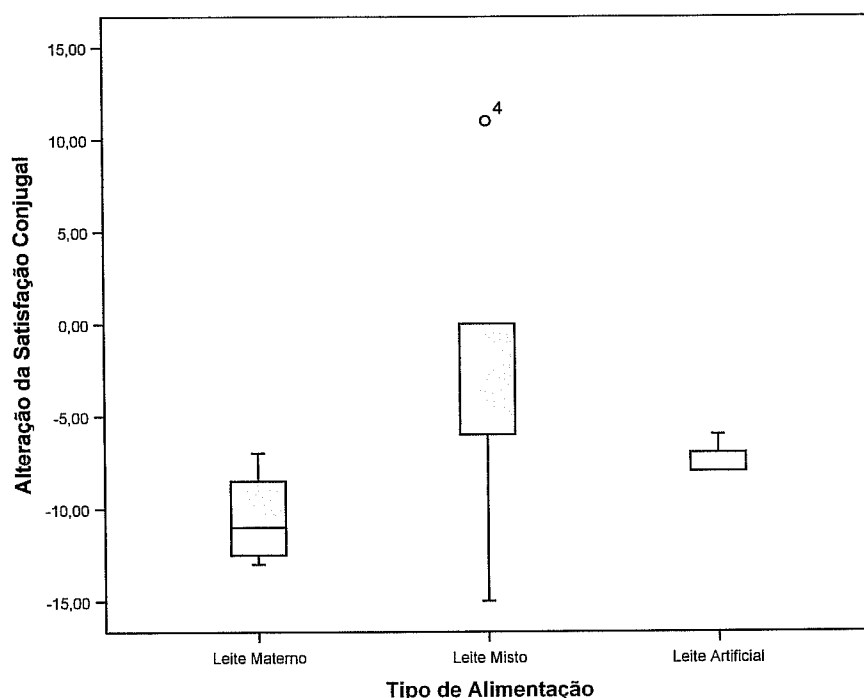


Figura 2 – Alteração da Satisfação Conjugal na Mulher e Tipo de Alimentação do Recém-Nascido

² A utilização de um teste não paramétrico deve-se ao facto das variáveis não apresentarem distribuição normal nem homogeneidade nas suas variâncias.

= 0,001) e entre o Reduzido e o Razoável ($p = 0,001$). Assim, como se demonstra na Figura 3, as mulheres com nível sócio-económico Reduzido apresentam maior alteração (acréscimo) da Satisfação da imagem corporal, seguidas das que têm nível sócio-económico Muito Bom.

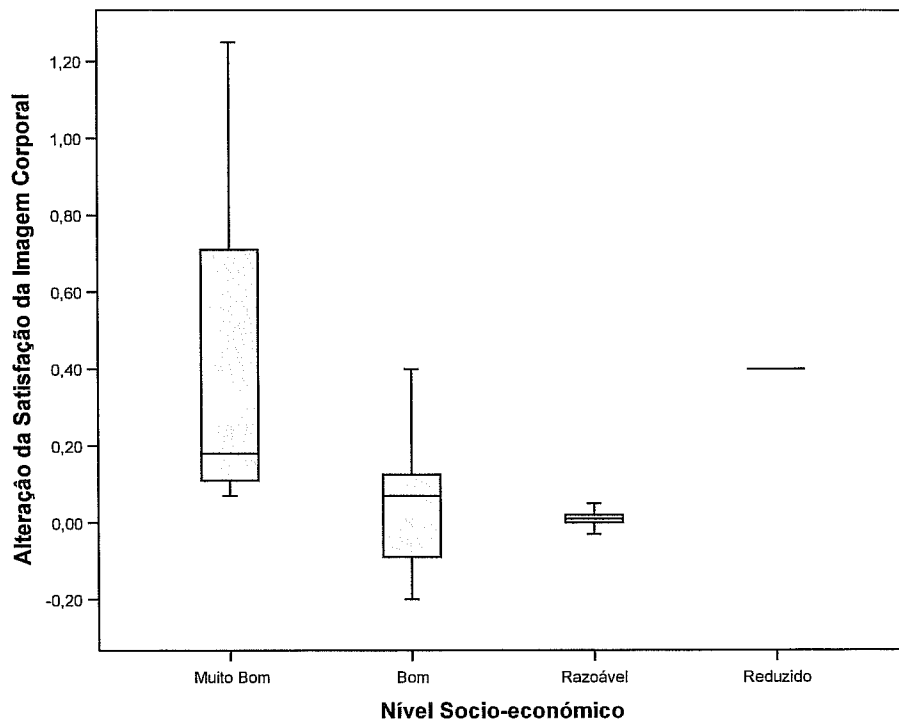


Figura 3 – Alteração da Satisfação da Imagem Corporal feminina quando percebida pela própria e Nível Sócio-Económico

Procedemos ainda à análise das Variáveis Obstétricas (tipo de parto, tipo de alimentação do recém-nascido, ganho de peso e perda de peso) que influenciam a alteração da satisfação da imagem corporal feminina quando percebida pela própria. Assim, a única variável que parece exercer influência sobre essa alteração é a perda de peso (Kruskal-Wallis $H(2) = 9,064$; $p = 0,011$). De acordo com a comparação múltipla de médias das ordens, existem diferenças significativas entre o grupo de mulheres que perderam 0 a 5 kg e o grupo que perdeu 6 a 10 kg ($p = 0,002$). Assim, como ilustra a figura 4, as mulheres que perderam menos peso apresentam alterações maiores (geralmente acréscimos) na satisfação da imagem corporal.

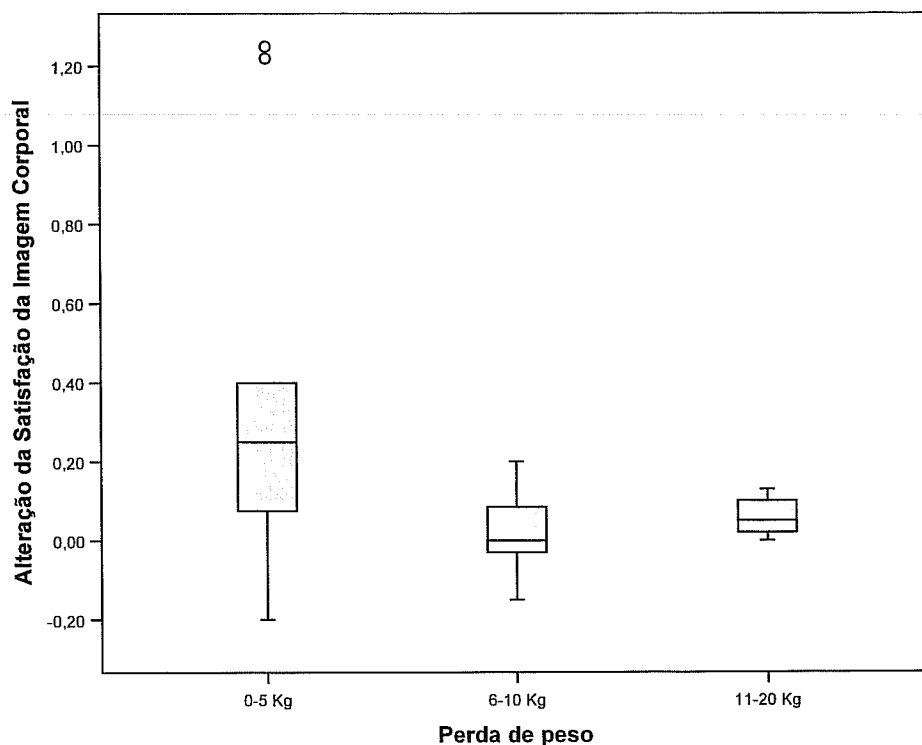


Figura 4 – Alteração da Satisfação da Imagem Corporal feminina quando percebida pela própria e Perda de Peso

O valor médio da *Satisfação da Imagem Corporal feminina quando percebida pelo companheiro* na amostra de controlo é superior ao valor médio da Satisfação da Imagem corporal da amostra experimental apenas no período pós-parto (Wilcoxon $W = 1194$, Mann-Whitney $U = 528$, $p = 0,024$). Constatou-se que a Satisfação da Imagem Corporal média quando percebida pelo companheiro no 3º trimestre de gravidez é significativamente superior à correspondente nas 6/7 semanas pós-parto (Wilcoxon $S = 78$, $p < 0,05$).

		Média	N	Desvio-Padrão
Satisfação da Imagem Corporal	3º trimestre	4,67	36	0,48
	6/7 s pós-parto	4,33	36	0,48
	Grupo de controlo	4,57	40	0,50

Tabela 4 – Satisfação da Imagem Corporal feminina percebida pelo companheiro no 3º trimestre e 6/7 s pós-parto e no grupo de controlo

Por se constatar esta alteração utilizámos o teste Kruskal-Wallis, para saber quais as variáveis sócio-demográficas (idade, nível sócio-económico, número de anos de co-habitação e número de filhos) que explicam esta variação. Assim, constatámos que nenhuma variável influencia significativamente essa alteração.

Relativamente às variáveis obstétricas (tipo de parto, tipo de alimentação do recém-nascido, aumento e perda de peso), verificámos que a alteração da satisfação da imagem corporal feminina quando percebida pelo companheiro apresenta diferenças estatisticamente significativas pelo tipo de parto (Kruskal-Wallis $H(2) = 10,129$; $p = 0,006$). De acordo com a comparação múltipla da média das ordens existem diferenças significativas entre o parto eutócico e parto distócico de ventosa ($p = 0,005$) e entre o parto eutócico e parto distócico de cesariana ($p = 0,004$). De acordo com a figura 5, os companheiros cujas mulheres tiveram parto eutócico apresentam geralmente um decréscimo na satisfação da imagem corporal feminina.

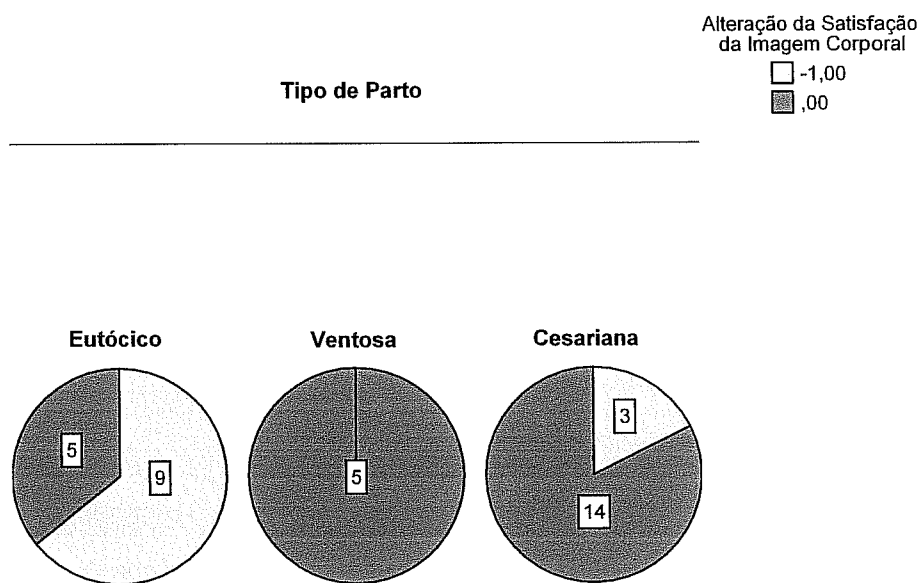


Figura 5 – Alteração da Satisfação da Imagem Corporal feminina quando percebida pelo companheiro e Tipo de Parto

Verificámos também que a alteração da satisfação da imagem corporal feminina quando percebida pelo companheiro apresenta diferenças estatisticamente significativas pelo aumento de peso da mulher (Kruskal-Wallis $H(2) = 11,136$; $p = 0,004$). De acordo com a comparação múltipla da média das ordens existem diferenças significativas entre os

companheiros cujas mulheres aumentaram de 0 a 5 kg e os companheiros cujas mulheres aumentaram de 11 a 20 Kg ($p = 0,019$) e entre os companheiros cujas mulheres aumentaram de 6 a 10 Kg e os companheiros cujas mulheres aumentaram de 11 a 20 Kg ($p = 0,001$). Como ilustra a figura 6, os maridos cujas mulheres ganharam mais peso, apresentam maior alteração da satisfação da imagem corporal feminina, ou seja, aumentos de peso superiores correspondem a um decréscimo mais acentuado da satisfação da imagem corporal feminina quando percebida pelo marido.

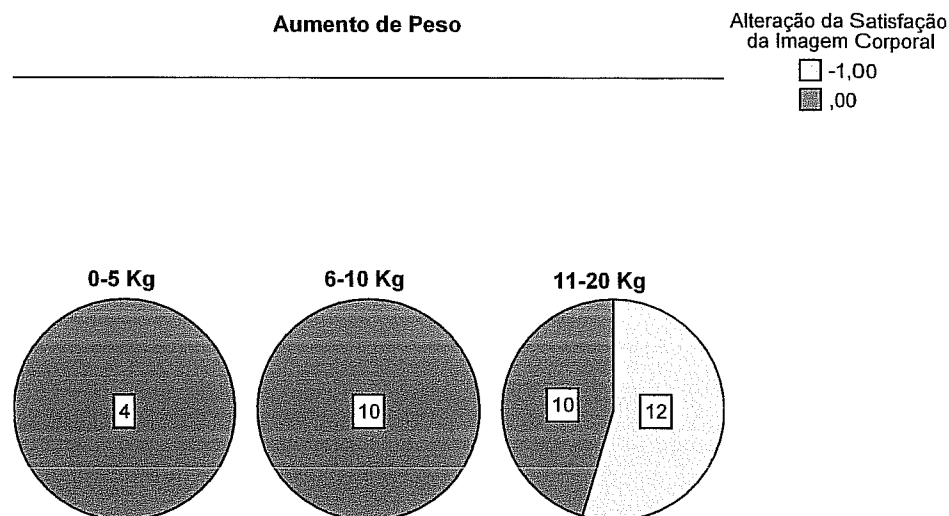


Figura 6 – Alteração da Satisfação da Imagem Corporal feminina quando percebida pelo companheiro e Aumento de Peso

Constatámos igualmente que a alteração da satisfação da imagem corporal feminina quando percebida pelo companheiro apresenta diferenças estatisticamente significativas pela perda de peso da mulher (Kruskal-Wallis $H(2) = 12,378$; $p = 0,002$). De acordo com a comparação múltipla da média das ordens existem diferenças significativas entre os companheiros cujas mulheres perderam de 0 a 5 kg e os companheiros cujas mulheres perderam de 11 a 20 Kg ($p = 0,002$) e entre os companheiros cujas mulheres perderam de 6 a 10 Kg e os companheiros cujas mulheres perderam de 11 a 20 Kg ($p < 0,05$). Como ilustra a figura 7, os maridos cujas mulheres perderam mais peso, apresentam maior alteração da satisfação da imagem corporal feminina, ou seja, perdas de peso superiores corresponde a um decréscimo mais acentuado da satisfação da imagem corporal feminina quando percebida pelo marido.

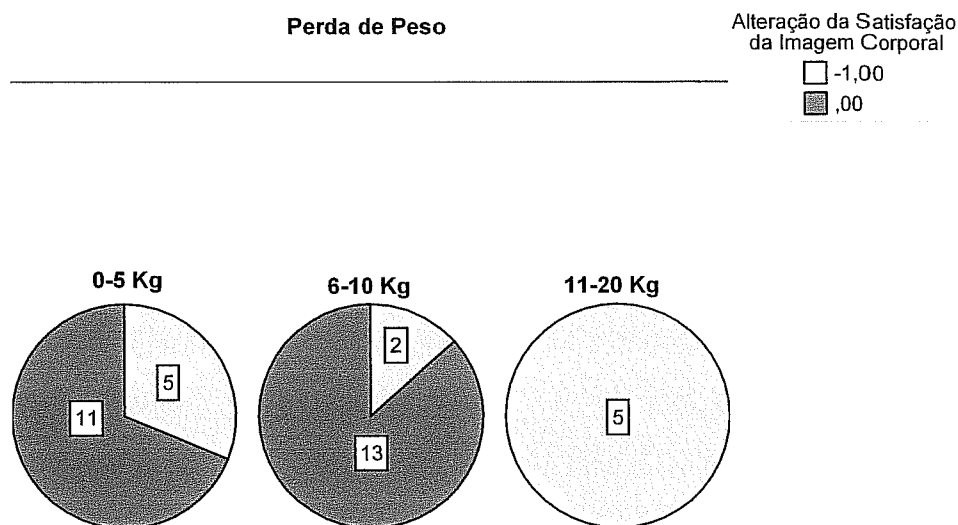


Figura 7 – Alteração da Satisfação da Imagem Corporal feminina quando percebida pelo companheiro e Perda de Peso

1.4. Relação entre a Satisfação Conjugal e a Satisfação da Imagem Corporal

Para analisar a relação entre a Satisfação Conjugal e a Satisfação da imagem Corporal foi utilizado como teste de significância estatística o cálculo do coeficiente de correlação de Spearman. Como se verifica na Tabela 5, constatou-se que não existe correlação significativa entre estas.

Satisfação da Imagem Corporal feminina		Satisfação Conjugal
X		
Percebida pela própria	3º Trimestre	($r_s = 0,302$, $p = 0,074$), $N=36$
	Pós-parto	($r_s = -0,015$, $p = 0,931$), $N=36$
	Grupo de controlo	($r_s = 0,249$, $p = 0,122$), $N=40$
Percebida pelo companheiro	3º Trimestre	($r_s = 0,023$, $p = 0,895$), $N=36$
	Pós-parto	($r_s = 0,094$, $p = 0,586$), $N=36$
	Grupo de controlo	($r_s = 0,144$, $p = 0,375$), $N=40$

Tabela 5 – Análise da correlação entre a Satisfação da Imagem Corporal e Satisfação Conjugal

IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente estudo pretendemos analisar a relação entre a satisfação da imagem corporal materna e o relacionamento conjugal na gravidez e período pós-parto por constatarmos a inexistência de investigações que relacionam estas duas variáveis. Partimos da hipótese que se podiam influenciar mutuamente, ou seja, um baixo nível da satisfação da imagem corporal poderia resultar em dificuldades a nível do relacionamento ou uma relação com um nível inferior de satisfação poderia implicar um sentimento de insatisfação corporal. No entanto, verificámos não existir associação entre ambas durante a gravidez e período pós-parto. Por outro lado, constatámos igualmente não existir uma associação entre a satisfação da imagem corporal feminina e o relacionamento conjugal no grupo dos casais não expectantes. Estes resultados levam-nos a sugerir que todo o período que medeia o 3º trimestre de gravidez e o pós-parto constitui-se numa etapa onde o casal reajusta o seu relacionamento e que este parece não ser influenciado pela satisfação da imagem corporal materna quer percebida pela própria quer pelo companheiro.

Analisámos também a variação do nível da satisfação do relacionamento conjugal e da satisfação da imagem corporal entre o 3º trimestre de gravidez e 6/7 semanas pós-parto. Os resultados que obtivemos demonstram existir consonância com investigações já efectuadas nesta área, onde se verifica um decréscimo da satisfação conjugal entre os dois períodos, sendo esta superior no 3º trimestre (Figueiredo, 2004; Belsky, Lang, & Rovine, 1985; Belsky & Pensky, 1988; Cowan & Cowan, 2000; citados por Rholes, 2001; Knauth, 2000; citado por Vessey et al, 2001). Nos seus estudos, concluíram que a satisfação conjugal usualmente apresenta uma diminuição imediatamente a seguir ao nascimento da criança. Quando comparámos a média da satisfação conjugal do grupo experimental com a média da satisfação conjugal do grupo de controlo, constatámos que ambos os elementos dos casais não expectantes apresentam um nível de satisfação superior. O mesmo resultado foi encontrado por outros autores que conduziram estudos longitudinais que avaliavam a satisfação conjugal antes da mulher engravidar até ao primeiro ano da criança e comparavam com um grupo de casais que não tinham filhos (Schulz, Cowan & Cowan, 2006; MacDermid, Huston & Mchale, 1990). Tendo em conta o resultado destas investigações longitudinais, podemos concluir que a transição para a parentalidade exerce um impacto único no relacionamento conjugal.

De acordo com os nossos resultados, as variáveis sócio-demográficas, parecem não constituir qualquer influência sobre essa alteração na satisfação conjugal. Quanto às variáveis obstétricas verificámos um acréscimo na satisfação do relacionamento nas mulheres que alimentam os seus filhos com leite materno mais leite artificial, facto que poderá estar relacionado com a junção dos dois tipos de aleitamento onde por um lado a mulher amamenta o seu filho tendo prazer nisso, sentindo-se bem consigo própria pelo alcance do papel materno e por outro lado a alimentação artificial onde o companheiro pode participar mais activamente na alimentação do bebé e a mulher sente ter mais tempo para si devido à grande dependência mãe-bebé durante o aleitamento exclusivamente com leite materno acrescido do desgaste que este tipo de alimentação provoca na mulher deixando-a menos disponível física e psicologicamente para a intimidade com o companheiro (Hyde et al, 1996).

No que concerne à variação da satisfação da imagem corporal feminina quando percebida pela própria, os resultados apontaram para um aumento da satisfação entre o 3º trimestre e o pós-parto. Todavia, da revisão da literatura sobressaem investigações que afirmam que a imagem corporal geralmente é mais negativa no pós-parto (Tiggemann, 2003), muitas mulheres estão descontentes com a sua forma e seu peso depois de terem o bebé (Baker, Carter, Cohen & Brownell, 1999; Walker, 1998). Uma das razões apontadas para esta insatisfação é que as mulheres, especialmente as primíparas e as mulheres mais novas, esperam retomar o seu peso habitual pouco tempo depois de parirem (Jenkin & Tiggemann, 1997). Numa análise mais profunda dos nossos dados constatámos que a nossa amostra é constituída por mais múltiparas do que primíparas e que as primeiras apresentam maior satisfação corporal do que as segundas, estando assim em consonância com estas investigações. Por outro lado, verificámos a existência de estudos que corroboram o acréscimo de satisfação da imagem corporal 6 semanas pós-parto (Drake e tal, 1988; Strang & Sullivan, 1985; Walker, 1998). Uma das explicações dadas para este aumento da satisfação é que as múltiparas não estão tão preocupadas com a sua imagem corporal porque apresentam preocupações a outros níveis como falta de tempo e o cuidar de mais uma criança. No que diz respeito à influência que as variáveis sócio-demográficas podem exercer sobre esta alteração, somente se comprovou a existência de diferença estatisticamente significativa para a variável nível sócio-económico, onde as mulheres com nível sócio-económico reduzido apresentam maior acréscimo da satisfação corporal. O mesmo se verifica na variável obstétrica perda de peso, em que a perda entre 0 a 5 kg surge associada a um aumento

do nível de satisfação, facto explicado pela maioria das mulheres que perderam menos peso aumentaram igualmente pouco peso – inferior a 11 kg (valor considerado normal). Verificámos ainda que as mulheres do grupo de controlo apresentam níveis de satisfação da imagem corporal superiores do que as mulheres do grupo experimental, demonstrando que a gravidez é talvez o período mais marcante da vida da mulher no que concerne à alteração da satisfação da sua própria imagem devido às profundas alterações físicas.

Quanto à variação da satisfação da imagem corporal feminina quando percebida pelo companheiro, os resultados apontaram para um decréscimo da satisfação entre o 3º trimestre e o pós-parto. Sendo esta ligeiramente superior no 3º trimestre quando comparada com o grupo de controlo. Na pesquisa bibliográfica que efectuámos não encontramos estudos referentes à satisfação da imagem corporal feminina por parte do companheiro, no entanto Colman & Colman, (1994), referem que existe uma certa variabilidade de comportamentos neste âmbito, podendo surgir homens que gostam de ver as esposas carregadas com a prova da sua masculinidade e homens que por outro lado, sentem repulsa pelas elevadas proporções das barrigas e seios dilatados. Assim, pensamos que esta variação dependerá da forma como o parceiro se envolve na gravidez e vive todo o processo da parentalidade. Verificámos ainda que os homens cujas mulheres tiveram um parto eutócico apresentam geralmente um decréscimo na satisfação, podendo estar relacionado com os traumatismos perineais que a mulher poderá sofrer num parto eutócico acrescido ao facto dos homens poderem assistir a um parto eutócico visionando o acto da episiotomia e conseqüente episiorrafia. O mesmo se encontra nos homens cujas companheiras apresentaram um aumento de peso superior a 11 kg, explicado por nenhuma destas mulheres ter conseguido recuperar o seu peso habitual. Por outro lado verifica-se igualmente um decréscimo mais acentuado nos homens cujas companheiras apresentaram uma perda de peso superior a 11 kg, onde todas as mulheres conseguiram atingir o seu peso habitual.

Esta apreciação crítica dos resultados obtidos não pode, todavia, deixar de ter conta algumas limitações inerentes ao nosso estudo. Entre elas sublinhamos a dimensão reduzida da amostra e a sua homogeneidade na etnia e idade dos elementos que a constituem. Outra limitação é referente ao facto de não ter sido avaliada a satisfação da imagem corporal e a satisfação do relacionamento conjugal antes da gravidez, em cada trimestre da gravidez, depois do parto e estendendo-se posteriormente até a um ano após

o nascimento da criança. No âmbito de futuras investigações, sugerimos assim, uma abordagem mais abrangente do casal, tendo em conta as características pessoais de cada elemento, a sua vivência com a gravidez e parentalidade, e suporte familiar, desenvolvendo estudos longitudinais com múltiplos momentos de avaliação.

V – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M.(2002). *(des) Equilíbrios Familiares* (2ª ed. rev.). Coimbra: Quarteto.
- Ayensa. J. (2002). *Qué es la Imagen Corporal – Cuadernos del Marqués de San Adrian*, consultado em Agosto de 2005 no site http://www.uned.es/ca-tutela/revista/n002/baile_ayensa.htm.
- Arriaga, X. (2001). The ups and downs of dating: fluctuations in satisfaction in newly formed romantic relationships. *Journal of Personality & Social Psychology*, 80 (5), 754-765.
- Baker, C., Carter, A., Cohen L., & Brownell, K. (1999). Eating attitudes and behaviours in pregnancy and postpartum: global stability versus specific transitions. *Annals of Behaviour Medicine*, 21, 143-148.
- Belsky, J., Lang, M., & Rovine, M. (1985). Stability and change in marriage across the transition to parenthood: a second study. *Journal of Marriage and the Family*, 47, 855-865.
- Belsky, J., & Rovine, M. (1990). Patterns of marital change across the transition to parenthood: pregnancy to three years postpartum. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 5-19.
- Bitzer, J., & Alder, J. (2000). Sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Sex Education and Therapy*, vol. 25, 1, 49-58.
- Branden, P. (2000). *Enfermagem Materno-Infantil* (2ª ed. rev.). Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores.
- Bogren, L. (1991). Changes in sexuality in women and men during pregnancy. *Archives of Sexual Behavior*, 20, 35-45.
- Bobak, I., Lowdermilk, D., & Jensen, M. (1999). *Enfermagem na Maternidade*. Loures: Lusociência.
- Boscaglia, N., Skouteris, H., & Wertheim, E. H. (2003). Changes in body image satisfaction during pregnancy: A comparison of high exercising and low exercising women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 43, 41 – 45.
- Canavarro, M. (2001) (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto.
- Capsiano, H.(1983). *Imagem Corporal In Psicossomática hoje*. Rio de Janeiro: Artes Médicas.
- Choate, L. (2005). Toward a theoretical model of women's body image resilience. *Journal of Counseling & Development*, 83, 320-330.

- Clulow, C. (1991). Partners becoming parents: a question of difference. *Infant Mental Health Journal*, vol.12, 3, 256-266.
- Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez a experiência psicológica*. New York: Colibri.
- Cooley, E., & Toray, T. (2001). Disordered eating in college freshman women: a prospective study. *Journal of American College Health*, 49, 229-235.
- Cowan, C., & Cowan, P. (2000). When partners became parents: the big life change for couples. Man Way, Nj: Lawrence Erlbaum Associates.
- Drake, M., Verhulst, D. Fawcett, J., & Barger, D. (1988). Spouses' body image changes during and after pregnancy: a replication in Canada. *Image*, 20, 88-92.
- Earle, S. (2003). "Bumps and boobs": fatness and women's experiences of pregnancy. *Women's Studies International Forum*, Vol.26, 3, 245 – 252.
- Faria, C. (2001). Aspectos psicológicos da infertilidade. In: Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (189- 209). Coimbra: Quarteto Editora.
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas da maternidade. In Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (161-188). Coimbra: Quarteto Editora.
- Figueiredo, B. (2004). Psicopatologia da maternidade e paternidade. *Revista do Centro de Estudos de População e Sociedade*, 79 - 98.
- Fisher, S., & Cleveland, S. (1968). *Body Image and Personality*. Canadá: Dover Publications.
- Fisher, S. (1990). The evolution of psychological concepts about the body. In Cash, T.; Pruzinsky, T., *Body Images. Development, Deviance and Change* (3-21). New York: The Guilford Press.
- Fox, P., & Yamaguchi, C. (1997). Body image changes in pregnancy : a comparison of normal weight and overweight primigravidas. *Birth*, 24, 35-40.
- Graça, L. (2000). Ajustamentos fisiológicos do organismo materno à gravidez in *Medicina materno Fetal 1* (2ª ed. rev.). Lisboa: Lidel.
- Gomes, A. (2000). *Imagem Corporal em Toxicodependentes*. Tese de Dissertação de Mestrado em Psicossomática. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Gomez, R., & Leal, I. (submetido). Ajustamento Conjugal: Versão portuguesa da Dyadic Adjustment Scale.
- Gottman, J., & Levenson, R.(1999). How stable is marital interaction over time?. *Family Process*, 38, 159-?.
- Gottman, J., & Silver, N. (1999). Les Couples Heureux ont Leurs Secrets. Paris : JCLattès.

- Hyde, J., DeLamater, J., Plant, E., & Byrd, J. (1996). Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *Journal of Sex Research*, 33, 143-151.
- Horowitz, I. (1966). Effect of choice and locus of dependence on helping behaviour. *Journal of Personal Soc. Psychol.*, 373-376.
- Huang, H., Wang, S., & Chen, C. (2004). Body Image, maternal-fetal attachment, and choice of infant feeding method: a study in taiwan. *Birth*.31 (3), 183 – 187.
- Huston, T., & Vangelist, A. (1991). Socioemotional behaviour and satisfaction in marital relationships: a longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*. 61 (5), 721-733.
- Jayasvasti, K., & Kanchanatawan, B. (2005). Happiness and related factors in pregnant women. *J Med Assoc Thai*, 88, (4), 220 – 225.
- Jenkin, W., & Tiggemann, M. (1997). Psychological effects of weight retained after pregnancy. *Women and Health*, 25 (1), 89-98.
- Jordan, K., Capdevila, R., & Johnson, S. (2005). Baby or beauty: a Q study into post pregnancy body image. *Journal of Reproduction and Infant Psychology*, 23, (1), 19-31.
- Kitzinger, S. (1978). *Mães. Um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Presença.
- Lederman, R. (1996). *Psychosocial adaptation in pregnancy: assessment of seven dimensions of maternal development*. USA: Springer Publishing Company, Inc.
- Levy-Shift, R. (1994). Individual and contextual correlates of marital change across the transition to parenthood. *Development Psychology*, 30, 591-601.
- Lewis, J. (1988). The transition to parenthood II: stability and change in marital structure. *Family Process*, 27, 273-283.
- Markey, C., Markey, P., & Birch, L. (2004). Understanding women's body satisfaction: the role of husbands. *Sex Roles*, 51, 3/4.
- Macdermid, S., Huston, T., & Mchale, S. (1990). Changes in marriage associated with the transition to parenthood: Individual differences as a function of sex-role attitudes and changes in the division of household labor. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 475-486.
- Markman, H., Renick, M., Floyd, F., Stanley, S., & Clements, M. (1993). Preventing marital distress through communication and conflict management training: A four-and-five-year follow up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 70-77.
- Mckeown, K., Leane, P., Rock, R., Haase, T., & Pratschke, J. (2002). *Unhappy marriages: does counselling help?*. Irlanda; Accord.

- Nannetti, D. (1984). Aspetti della sessualita in gravidanza. *Rivista Internazionale di Psicologia e Ipnosi*, 25, 407 – 421.
- Narciso, I. (2002). *Conjugalidades satisfeitas mas não perfeitas – à procura do "padrão que liga"*. Tese de Doutoramento em Psicologia, Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Narciso, I., & Costa, M. (2000). *Modelos de satisfação conjugal*. (texto policopiado).
- Nogueiro, A., Lopes, C., & Galvão, A. (2004). Intimidade do casal durante a gravidez. *Sinais Vitais*, 57, 34 – 42.
- Patel, P., Lee, J., Wheatcroft, R., Barnes, J., & Stein, A. (2005). Concerns about body shape and weight in the postpartum period and their relation to women's self-identification. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, vol. 23, 4, 347 – 364.
- Portelinha, C. (2003). *Sexualidade durante a gravidez*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pruzinsky, T., & Cash, T. F. (1990). Integrative themes in body-image development, deviance, and change – in Cash; Pruzinsky. *Body Images, Development, Deviance and Change* – N.York, The Guilford Press, 337-349.
- Relvas, A. (2004). *O ciclo vital da família. Perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Rholes, W., Simpson, J, Campbell, L., & Grich, J. (2001). Adult attachment and the transition to parenthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, (3), 421 – 435.
- Rocha, A. (2002). Associação entre o exercício e a imagem corporal na mulher grávida. In Leal, I. & Cabral, I. P. (2002). *A Saúde numa perspectiva de ciclo de vida*. 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Ispa.
- Rosen-Grandon, J. R., Myers, J. E., & Hattie, J. A. (2004). The relationship between marital characteristics, marital interaction processes, and marital satisfaction. *Journal of Counseling & Development*, 82, (1).
- Rubin, R. (1975). Maternal tasks in pregnancy. *Maternal-Child Nursing Journal*, 4, 143-153.
- Schulz, M., Cowan, C., & Cowan, P. (2006). Promoting healthy beginnings: a randomized controlled trial of a preventive intervention to preserve marital quality during the transition to parenthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 20-31.
- Slade, P.D. (1994). What is body image?. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 497-502.
- Shilder, P. (1981). *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. São Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Strang, V., & Sullivan, P. (1985). Body image attitudes in pregnancy and the postpartum. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 14, 332-337.

- Tavares, L. (1990). Depressão e relacionamento conjugal durante a gravidez e o pós-parto. *Análise Psicológica*, 4 (VIII): 389-398.
- Tiggemann, M. (2003). Body image across the adult life span; stability and change. *Body Image*, 1, 29 – 41.
- Thompson, J.K. (1990). *Body image disturbances: assesment and treatment*. New York, Pergamon Press.
- Touliatos, J., Perlmutter, F., & Straus, A. (1989). *Handbook of Family Measurement Thechniques*. USA, Editora Sage.
- Tucker, P., & Aron, A. (1993). Passionate love and marital satisfaction at key transition points in the family life cycle. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 12, 135-147.
- Vessey, J., & Knauth, D.(2001). Marital change during the transition to parenthood. *Pediatric Nursing*, 27, (2).
- Walker, L. (1998). Weight-related distress in the early months after childbirth. *Western Journal of Nursing Research*, 20 (1), 30-44.

Anexos

Anexo A

Escala de Graffard

Nas próximas páginas encontram-se alguns aspectos relacionados consigo e com a sua família.

Indique, assinalando com uma cruz o que lhe parece mais correcto.

3 – A sua Profissão:

- Executivos; directores de empresas, fábricas ou bancos; professores; oficiais das forças armadas; possuidores de capitais.
- Comerciantes; fazendeiros; administradores de empresas; licenciados.....
- Operários especializados ou empregados; capatazes; técnicos administrativos ou auxiliares.
- Operários sem qualificação; trabalhadores rurais; vendedores ambulantes.
- Ajudantes de obras; desempregados; pensionistas ou reformados; indigentes.....

4 - O seu nível de instrução:

- Doutorado; licenciado e título universitário ou de cursos superiores; militares da academia; notários
- Instrução secundária completa; instrução universitária incompleta
- Instrução secundária incompleta ou equivalente; militares de baixa patente
- Instrução primária completa
- Instrução primária incompleta; analfabeto

5 -A sua fonte de rendimento:

- Fortuna herdada ou adquirida; rendimentos
- Lucros de empresas; quadros superiores; honorários de profissão liberal
- Salário mensal
- Salário quinzenal; diário ou honorários reduzidos ou irregulares
- Subsídios; pensões sociais

6 - Conforto ou alojamento em que habita:

Casa ou andar luxuoso com o máximo conforto

Casa ou andar que sem ser luxuoso é espaçoso e confortável

Casa ou andar modesto, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminado e arejado com cozinha e W.C.

Habitação que não tem água canalizada, saneamento ou electricidade, mal construída ou degradada; escassez de iluminação ou ventilação; telhado de madeira ou zinco

Habitação insalubre de madeira, lata, cartão ou barro; telhado de zinco ou palha

7- Zona de residência em que habita:

Zona de residências elegantes; onde o valor do terreno, casa ou aluguer é elevado

Bairro com ruas largas, casa confortáveis e bem conservadas.

Bairro de construções antigas e menos confortáveis; ruas estreitas; bairros comerciais.

Bairro operário, mal dividido, próximo de águas contaminadas, porto ou fábricas

Habitações insalubres suburbanas; zonas rurais de escasso valor, isoladas.

Anexo B**Escala de Relacionamento Conjugal (DAS)**

Spanier, 1976; Versão Portuguesa: Gomez e Leal, submetido

	Todos os dias	Quase todos os dias	Às vezes	Raramente	Nunca
Costuma beijar o seu companheiro(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Todos	A maioria	Alguns	Muito poucos	Nenhum
Você e o seu companheiro(a) têm actividades e interesses fora de casa em que se envolvem juntos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

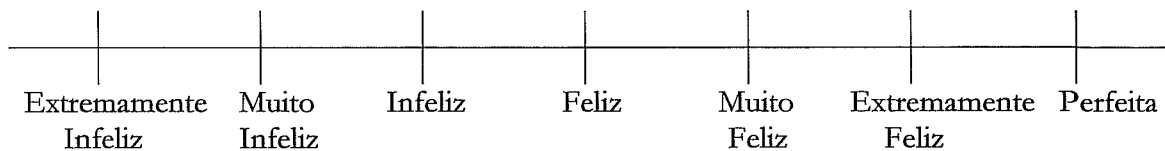
Com que frequência acontecem as seguintes situações entre si e o seu companheiro(a)?

	Nunca	Menos do que uma vez por mês	Uma ou duas vezes por mês	Uma ou duas vezes por semana	Uma vez por dia	Mais do que uma vez por dia
Terem uma troca de ideias estimulante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rirem em conjunto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discutirem calmamente um assunto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalharem juntos num projecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, indique se nas últimas semanas têm existido diferenças de opinião ou problemas na relação relativamente aos seguintes aspectos:

	Sim	Não
Estar demasiado cansado para ter relações sexuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de demonstração de amor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Os traços da seguinte linha representam diferentes graus de felicidade na relação conjugal. O traço do meio («feliz») caracteriza a maioria das relações. Por favor, considerando a vossa relação na globalidade, assinale o grau de felicidade que a caracteriza.



Qual das seguintes afirmações descreve melhor o que sente sobre o futuro da sua relação conjugal?

- Quero desesperadamente que a minha relação tenha sucesso e *faria tudo o que fosse necessário* para isso
- Quero muito que a minha relação tenha sucesso e *farei tudo* para isso
- Quero muito que a minha relação tenha sucesso e *farei o que estiver ao meu alcance* para isso
- Seria bom que a minha relação tivesse sucesso, mas *não posso fazer muito mais do que tenho feito* para isso
- Seria bom que a minha relação tivesse sucesso mas *não posso fazer mais do que tenho feito* para isso
- A minha relação nunca poderá ter sucesso e *nada mais posso fazer* para isso

Anexo C**Escala Body Cathexis**

Secourd e Jourard, 1953; Garcia, 1996

Nas páginas seguintes encontram-se diversos aspectos relacionados consigo. Indique quais os pontos com que está satisfeita, insatisfeita e os que lhe são indiferentes **neste momento**. Na tabela marque com uma cruz o número que melhor representa a sua opinião.

	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita Nem insatisfeita	Satisfeita	Muito Satisfeita
	1	2	3	4	5
1. Cabelo	[]	[]	[]	[]	[]
2. Aspecto facial (pele)	[]	[]	[]	[]	[]
3. Apetite	[]	[]	[]	[]	[]
4. Mãos	[]	[]	[]	[]	[]
5. Distribuição dos pêlos	[]	[]	[]	[]	[]
6. Nariz	[]	[]	[]	[]	[]
7. Resistência física	[]	[]	[]	[]	[]
8. Transpiração	[]	[]	[]	[]	[]
9. Força Muscular	[]	[]	[]	[]	[]
10. Cintura	[]	[]	[]	[]	[]
11. Nível de energia (estado geral)	[]	[]	[]	[]	[]
12. Costas	[]	[]	[]	[]	[]
13. Orelhas	[]	[]	[]	[]	[]
14. Idade	[]	[]	[]	[]	[]
15. Queixo	[]	[]	[]	[]	[]
16. Constituição Física	[]	[]	[]	[]	[]
17. Perfil	[]	[]	[]	[]	[]
18. Altura	[]	[]	[]	[]	[]
19. Sentidos Apurados (visão, audição,...)	[]	[]	[]	[]	[]
20. Tolerância à dor	[]	[]	[]	[]	[]
21. Largura dos ombros	[]	[]	[]	[]	[]
22. Braços	[]	[]	[]	[]	[]

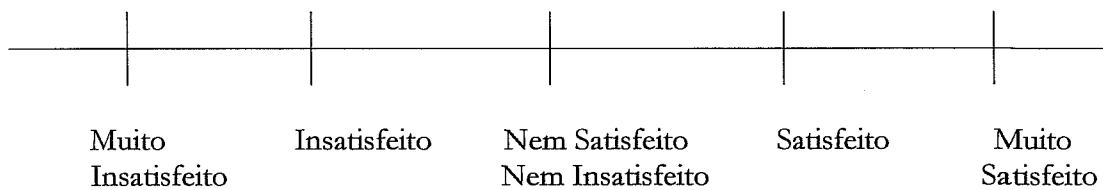
	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita Nem insatisfeita	Satisfeita	Muito Satisfeita
	1	2	3	4	5
23. Peito	[]	[]	[]	[]	[]
24. Olhos	[]	[]	[]	[]	[]
25. Coordenação de movimentos	[]	[]	[]	[]	[]
26. Ancas	[]	[]	[]	[]	[]
27. Resistência à doença	[]	[]	[]	[]	[]
28. Pernas	[]	[]	[]	[]	[]
29. Aspecto / dentes	[]	[]	[]	[]	[]
30. Aspecto geral	[]	[]	[]	[]	[]
31. Tónus muscular	[]	[]	[]	[]	[]
32. Sono	[]	[]	[]	[]	[]
33. Voz	[]	[]	[]	[]	[]
34. Saúde	[]	[]	[]	[]	[]
35. Capacidade física	[]	[]	[]	[]	[]
36. Joelhos	[]	[]	[]	[]	[]
37. Flexibilidade (amplitude movimento)	[]	[]	[]	[]	[]
38. Cara	[]	[]	[]	[]	[]
39. Peso	[]	[]	[]	[]	[]
40. Órgãos sexuais	[]	[]	[]	[]	[]

Anexo D

Avaliação da Satisfação da Imagem Corporal feminina percebida pelo companheiro

De seguida ser-lhe-á colocada uma questão referente à imagem corporal da sua companheira. Na linha seguinte marque o grau de satisfação que melhor representa a sua opinião **no presente momento**.

Como classifica o seu nível de satisfação referente à imagem corporal da sua companheira **neste momento**.



Anexo E
Base de dados do estudo

Casais Não Grávidos

idadehomens	gridadehomens	idademulheres	gridademulheres	idademedia	gridademedia
32	3	29	2	30,5	3
29	2	27	2	28	2
29	2	24	1	26,5	2
32	3	24	1	28	2
29	2	27	2	28	2
29	2	24	1	26,5	2
32	3	27	2	29,5	2
27	2	33	3	30	2
32	3	25	1	28,5	2
39	4	41	4	40	4
30	2	30	2	30	2
34	3	31	3	32,5	3
27	2	29	2	28	2
34	3	24	1	29	2
27	2	26	2	26,5	2
28	2	27	2	27,5	2
27	2	28	2	27,5	2
32	3	29	2	30,5	3
29	2	29	2	29	2
39	4	31	3	35	3
27	2	31	3	29	2
29	2	29	2	29	2
28	2	27	2	27,5	2
33	3	31	3	32	3
28	2	32	3	30	2
41	4	37	4	39	4
33	3	38	4	35,5	4
29	2	30	2	29,5	2
34	3	27	2	30,5	3
31	3	27	2	29	2
26	2	24	1	25	1
32	3	26	2	29	2
28	2	29	2	28,5	2
30	2	28	2	29	2
28	2	31	3	29,5	2
28	2	27	2	27,5	2
34	3	25	1	29,5	2
32	3	29	2	30,5	3
36	4	32	3	34	3
29	2	30	2	29,5	2

Casais Não Grávidos

das1homens	das1mulheres	das1medio	raçahomens	raçamulheres	nsehomens	gnsehomens
128	127	127,5	1	1	12	2
127	127	127	1	1	9	1
80	142	111	1	2	12	2
81	137	109	1	2	12	2
134	125	129,5	1	1	9	1
125	142	133,5	1	2	12	2
131	147	139	1	1	12	2
127	118	122,5	1	1	9	1
132	127	129,5	1	1	13	2
135	130	132,5	1	1	10	2
121	123	122	1	1	11	2
124	125	124,5	1	1	7	1
130	125	127,5	2	2	13	2
118	122	120	1	1	15	3
133	129	131	1	1	13	2
135	130	132,5	1	1	10	2
106	114	110	1	1	12	2
123	127	125	1	1	11	2
121	112	116,5	1	1	14	3
125	112	118,5	1	1	12	2
131	129	130	2	2	13	2
130	129	129,5	1	1	12	2
127	128	127,5	1	1	9	1
123	109	116	1	1	7	1
130	127	128,5	1	1	10	2
130	125	127,5	1	1	10	2
127	128	127,5	1	1	11	2
128	128	128	1	1	7	1
116	124	120	1	2	14	3
105	123	114	1	2	14	3
130	119	124,5	1	1	13	2
133	119	126	1	1	10	2
120	116	118	1	1	12	2
121	123	122	1	1	10	2
123	130	126,5	1	1	12	2
111	86	98,5	1	1	9	1
119	125	122	1	1	11	2
117	108	112,5	1	1	14	3
125	108	116,5	1	1	12	2
127	125	126	2	2	13	2

Casais Não Grávidos

nsemulheres	gnsemulheres	nsemedio	gnsemedio	anosrelmulheres	grrelmulheres	filhoshomens
12	2	12	2	3	1	0
9	1	9	1	3	1	0
10	2	11	2	1	1	0
10	2	11	2	3	1	0
9	1	9	1	3	1	0
10	2	11	2	2	1	0
10	2	11	2	3	1	0
9	1	9	1	6	2	1
10	2	11,5	2	2	1	1
10	2	10	2	16	4	2
8	1	9,5	2	3	1	1
11	2	9	1	2	1	1
13	2	13	2	5	1	2
12	2	13,5	3	4	1	1
10	2	11,5	2	3	1	0
10	2	10	2	3	1	0
10	2	11	2	1	1	1
11	2	11	2	10	2	2
13	2	13,5	3	8	2	1
14	3	13	2	12	3	2
13	2	13	2	5	1	2
12	2	12	2	3	1	1
9	1	9	1	3	1	1
9	1	8	1	7	2	2
13	2	11,5	2	4	1	0
10	2	10	2	9	2	2
10	2	10,5	2	4	1	1
7	1	7	1	2	1	0
13	2	13,5	3	4	1	2
15	3	14,5	3	5	1	1
11	2	12	2	3	1	0
10	2	10	2	2	1	0
10	2	11	2	3	1	0
10	2	10	2	2	1	1
15	3	13,5	3	4	1	0
10	2	9,5	2	8	2	1
11	2	11	2	7	2	2
13	2	13,5	3	6	2	1
14	3	13	2	10	2	2
13	2	13	2	5	1	2

Casais Não Grávidos

grfilhomens	filhosmulheres	grfilmulheres	filhosmedia	grfilhosmedia	bodycathmulheres
0	0	0	0	0	4,7
0	0	0	0	0	3,9
0	0	0	0	0	4,45
0	0	0	0	0	4,48
0	0	0	0	0	3,95
0	0	0	0	0	3,25
0	0	0	0	0	4,7
1	1	1	1	1	3,28
1	1	1	1	1	3,1
2	2	2	2	2	3,4
1	1	1	1	1	3,15
1	1	1	1	1	3,18
2	2	2	2	2	4,45
1	1	1	1	1	3,48
0	0	0	0	0	3,63
0	0	0	0	0	4,78
1	1	1	1	1	4,7
2	2	2	2	2	4,08
1	1	1	1	1	3,13
2	2	2	2	2	3,18
2	2	2	2	2	4,18
1	1	1	1	1	4,05
1	1	1	1	1	3,73
2	2	2	2	2	4
0	0	0	0	0	4,2
2	2	2	2	2	4,28
1	1	1	1	1	4,05
0	0	0	0	0	3,7
2	2	2	2	2	4,35
1	1	1	1	1	3,55
0	0	0	0	0	3,5
0	0	0	0	0	3,6
0	0	0	0	0	4,73
1	1	1	1	1	4,6
0	0	0	0	0	3,6
1	1	1	1	1	2,88
2	2	2	2	2	4,1
1	1	1	1	1	3,28
2	2	2	2	2	4,5
2	2	2	2	2	4,15

Operacionalização das Variáveis do Estudo

Variável	Posição	Significado
idadenogravidos	1	idade homem
gridadenogravidos	2	grupo etário homem
idadenogravidas	3	idade mulher
gridadenogravidas	4	grupo etário mulher
idadenomedio	5	idade média do casal
gridadenomedio	6	grupo etário médio do casal
das1nogravidos	7	Satisfação Conjugal homem
das1nogravidas	8	Satisfação Conjugal mulher
das1nomedio	9	Satisfação Conjugal média do casal
razanogravidos	10	Raça homem
razanogravidas	11	Raça mulher
egnogravidos	12	Nível socio-econ ômico homem
gregnogravidos	13	Escalão de nível socio económico homem
egnogravidas	14	Nível socio-econ ômico mulher
gregnogravidas	15	Escalão de nível socio económico mulher
egnomedio	16	Nível socio-econ ômico médio do casal
gregnomedio	17	Escalão de nível socio económico médio do casal

Operacionalização das Variáveis do Estudo

Variável	Posição	Significado
anosrelnogravidas	18	Anos de relacionam ento mulher
grrelnogravidas	19	Grupo de anos de relacionam ento mulher
filhosnogravidos	20	Filhos homem
grfilnogravidos	21	Grupo de filhos homem
filhosnogravidas	22	Filhos mulher
grfilnogravidas	23	Grupo de filhos mulher
filhosnomedia	24	Média de filhos do casal
grfilhosnomedia	25	Grupo médio de filhos do casal
bodycathnogravidas	26	Satisfação da Imagem Corporal mulher
satmaridonogravido	27	Satisfação da Imagem Corporal homem

Operacionalização das Variáveis do Estudo

Valores das Variáveis

Valor	Significado
gridadenogravidos	1 inferior ou igual a 25 anos
	2 26 a 30 anos
	3 31 a 35 anos
	4 superior a 35 anos
gridadenogravidas	1 inferior ou igual a 25 anos
	2 26 a 30 anos
	3 31 a 35 anos
	4 superior a 35 anos
gridadenomedia	1 inferior ou igual a 25 anos
	2 26 a 30 anos
	3 31 a 35 anos
	4 superior a 35 anos
razanogravidos	1 Branca
	2 Negra
	3 Asiática
	4 outra
razanogravidas	1 Branca
	2 Negra
	3 Asiática
	4 outra
gregnogravidos	1 Muito Bom
	2 Bom
	3 Razoável
	4 Reduzido
	5 Mau
gregnogravidas	1 Muito Bom
	2 Bom
	3 Razoável
	4 Reduzido
	5 Mau
gregnomedia	1 Muito Bom
	2 Bom
	3 Razoável
	4 Reduzido
	5 Mau
grrelnogravidas	1 inferior ou igual a 5 anos
	2 6 a 10 anos
	3 11 a 15 anos
	4 superior a 15 anos

Casais Grávidos

idadehomens	gridadehomens	idademulheres	gridademulheres	idadedia
37	4	33	3	35
34	3	34	3	34
38	4	37	4	37,5
38	4	38	4	38
47	4	39	4	43
21	1	18	1	19,5
29	2	32	3	30,5
32	3	33	3	32,5
33	3	30	2	31,5
38	4	32	3	35
32	3	33	3	32,5
35	3	34	3	34,5
34	3	31	3	32,5
37	4	36	4	36,5
30	2	31	3	30,5
37	4	33	3	35
34	3	34	3	34
38	4	37	4	37,5
38	4	38	4	38
47	4	36	4	41,5
25	1	26	2	25,5
27	2	27	2	27
32	3	34	3	33
35	3	29	2	32
34	3	27	2	30,5
30	2	30	2	30
35	3	28	2	31,5
27	2	25	1	26
31	3	30	2	30,5
29	2	28	2	28,5
33	3	30	2	31,5
27	2	28	2	27,5
30	2	29	2	29,5
28	2	32	3	30
28	2	30	2	29
29	2	32	3	30,5

Casais Grávidos

gridamedia	das1homens	das1mulheres	das1medio	das2homens	das2mulheres
3	133	132	132,5	135	132
3	112	114	113	129	106
4	126	126	126	125	126
4	118	110	114	135	121
4	127	126	126,5	124	124
1	116	116	116	110	109
3	115	114	114,5	114	114
3	125	125	125	111	110
3	129	136	132,5	111	126
3	100	111	105,5	91	98
3	112	116	114	100	110
3	124	122	123	116	114
3	106	123	114,5	102	111
4	104	109	106,5	99	102
3	115	110	112,5	105	103
3	133	132	132,5	135	132
3	112	114	113	129	106
4	126	126	126	125	126
4	118	110	114	135	121
4	127	126	126,5	124	124
2	114	115	114,5	110	109
2	115	114	114,5	114	114
3	125	125	125	111	110
3	129	136	132,5	111	126
3	100	111	105,5	91	98
2	112	116	114	100	110
3	124	122	123	116	114
2	106	123	114,5	102	111
3	104	109	106,5	99	102
2	115	110	112,5	105	103
3	133	132	132,5	135	132
2	112	114	113	129	106
2	126	126	126	125	126
2	118	110	114	135	121
2	127	126	126,5	124	124
3	116	116	116	110	116

Casais Grávidos

das2medio	altedasmulheres	altedashomens	altedasmedio	raçahomens	raçamulheres
133,5	0	2	1	1	1
117,5	-8	17	4,5	1	1
125,5	0	-1	-0,5	1	1
128	11	17	14	2	2
124	-2	-3	-2,5	1	1
109,5	-7	-6	-6,5	1	1
114	0	-1	-0,5	1	1
110,5	-15	-14	-14,5	1	1
118,5	-10	-18	-14	1	1
94,5	-13	-9	-11	1	1
105	-6	-12	-9	1	1
115	-8	-8	-8	1	1
106,5	-12	-4	-8	2	1
100,5	-7	-5	-6	1	1
104	-7	-10	-8,5	1	1
133,5	0	2	1	1	1
117,5	-8	17	4,5	1	1
125,5	0	-1	-0,5	1	1
128	11	17	14	2	2
124	-2	-3	-2,5	1	1
109,5	-6	-4	-5	1	1
114	0	-1	-0,5	1	1
110,5	-15	-14	-14,5	1	1
118,5	-10	-18	-14	1	1
94,5	-13	-9	-11	1	1
105	-6	-12	-9	1	1
115	-8	-8	-8	1	1
106,5	-12	-4	-8	2	1
100,5	-7	-5	-6	1	1
104	-7	-10	-8,5	1	1
133,5	0	2	1	1	1
117,5	-8	17	4,5	1	1
125,5	0	-1	-0,5	1	1
128	11	17	14	2	2
124	-2	-3	-2,5	1	1
113	0	-6	-3	1	1

Casais Grávidos

nsehomens	gnsehomens	nsemulheres	gnsemulheres	nsemedio	gnsemedio	anosrelmulheres
9	1	10	2	9,5	2	1
12	2	9	1	10,5	2	12
13	2	17	3	15	3	8
13	2	13	2	13	2	5
16	3	15	3	15,5	3	23
19	4	21	4	20	4	3
12	2	9	1	10,5	2	3
9	1	10	2	9,5	2	4
12	2	11	2	11,5	2	1
10	2	10	2	10	2	5
13	2	12	2	12,5	2	7
12	2	13	2	12,5	2	9
8	1	9	1	8,5	1	1
10	2	10	2	10	2	11
10	2	10	2	10	2	4
9	1	10	2	9,5	2	1
12	2	9	1	10,5	2	12
13	2	17	3	15	3	8
13	2	13	2	13	2	5
16	3	15	3	15,5	3	23
18	4	19	4	18,5	4	5
12	2	9	1	10,5	2	2
9	1	10	2	9,5	2	7
12	2	11	2	11,5	2	4
10	2	10	2	10	2	5
13	2	12	2	12,5	2	8
12	2	13	2	12,5	2	10
8	1	9	1	8,5	1	6
10	2	10	2	10	2	5
10	2	10	2	10	2	4
9	1	10	2	9,5	2	1
12	2	9	1	10,5	2	3
13	2	17	3	15	3	5
13	2	13	2	13	2	5
16	3	15	3	15,5	3	8
19	4	21	4	20	4	3

Casais Grávidos

grremlheres	filhoshomens	grfilhomens	filhosmulheres	grfilmulheres	filhosmedia
1	0	0	0	0	0
3	1	1	1	1	1
2	2	2	5	2	3,5
1	1	1	1	1	1
4	3	2	3	2	3
1	1	1	1	1	1
1	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1
1	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1
2	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0
3	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1
1	0	0	0	0	0
3	1	1	1	1	1
2	2	2	5	2	3,5
1	1	1	1	1	1
4	3	2	3	2	3
1	1	1	1	1	1
1	0	0	0	0	0
2	1	1	1	1	1
1	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1
2	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1
1	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1
1	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1
1	0	0	0	0	0

Casais Grávidos

grfilhosmedia	tipparto	alimRN	perdapeso	umentopes	temgest	grtemgest
0	4	2	2	3	32	1
1	4	3	2	3	37	3
2	1	2	3	3	33	1
1	4	2	1	3	38	4
2	1	2	2	2	37	3
1	2	2	1	1	37	3
0	4	2	2	2	34	2
1	1	2	2	3	38	4
0	1	1	3	3	37	3
1	2	1	2	3	35	2
1	4	3	1	2	33	1
0	4	3	1	2	36	3
0	1	1	1	3	33	1
1	1	1	1	1	36	3
1	4	2	1	3	37	3
0	4	2	2	3	32	1
1	4	3	2	3	37	3
2	1	2	3	3	33	1
1	4	2	1	3	38	4
2	1	2	2	2	37	3
1	2	2	1	2	37	3
0	4	2	2	2	34	2
1	1	2	2	3	38	4
0	1	1	3	3	37	3
1	2	1	2	3	35	2
1	4	3	1	2	33	1
0	4	3	1	2	36	3
0	1	1	1	3	33	1
1	1	1	1	1	36	3
1	4	2	1	3	37	3
0	4	2	2	3	32	1
1	4	3	2	3	37	3
2	1	2	3	3	33	1
1	4	2	1	3	38	4
1	1	2	2	2	37	3
0	2	2	1	1	37	3

Casais Grávidos

bodycathmulheres	bodycath2mulheres	altebodycath	sat1homens	sat2homens
3,1	2,95	-0,15	5	5
3,38	3,5	0,12	5	5
3,63	3,65	0,02	5	4
3,03	3,4	0,37	5	4
3,93	3,95	0,02	4	4
2,58	2,98	0,4	4	4
3,15	3,33	0,18	5	5
3,68	3,65	-0,03	5	4
3,8	3,93	0,13	5	4
3,43	3,43	0	5	5
3,7	3,78	0,08	5	5
3,98	3,78	-0,2	4	4
3,43	4,65	1,22	5	4
3,13	3,25	0,12	4	4
4,03	4,1	0,07	4	4
3,05	2,9	-0,15	5	5
3,38	3,45	0,07	5	5
3,63	3,63	0	5	4
3,03	3,38	0,35	5	4
4,03	4,03	0	4	4
2,5	2,9	0,4	4	4
3,05	3,25	0,2	5	5
3,63	3,63	0	5	4
3,83	3,93	0,1	5	4
3,45	3,48	0,03	5	5
3,73	3,8	0,07	5	5
3,9	3,75	-0,15	4	4
3,43	4,68	1,25	5	4
3,1	3,25	0,15	4	4
4,03	4,13	0,1	4	4
3,05	2,9	-0,15	5	5
3,4	3,5	0,1	5	5
3,63	3,68	0,05	5	4
3,05	3,45	0,4	5	4
4,03	4	-0,03	4	4
2,53	2,93	0,4	4	4

Casais Grávidos

altesathomens
0
0
1
1
0
0
0
1
1
0
0
0
1
0
0
0
0
1
1
0
0
0
1
1
0
0
0
1
0
0
0
0
1
1
0
0

Operacionalização das Variáveis do Estudo

Variável	Posição	Significado
idadehomens	1	idade homem
gridadehomens	2	grupo etário homem
idademulheres	3	idade mulher
gridademulheres	4	grupo etário mulher
idadedia	5	idade média do casal
gridadedia	6	grupo etário médio do casal
das1homens	7	Satisfação Conjugal 3º Trimestre homem
das1mulheres	8	Satisfação Conjugal 3º Trimestre mulher
das1medio	9	Satisfação Conjugal 3º Trimestre média do casal
das2homens	10	Satisfação Conjugal Pós-parto homem
das2mulheres	11	Satisfação Conjugal Pós-parto mulher
das2medio	12	Satisfação Conjugal Pós-parto média do casal
altesasmulheres	13	Variação da Satisfação Conjugal mulher
altesashomens	14	Variação da Satisfação Conjugal homem
altesasmedio	15	Variação da Satisfação Conjugal média do casal

Operacionalização das Variáveis do Estudo

Variável	Posição	Significado
raçahomens	16	Raça homem
raçamulheres	17	Raça mulher
nsehomens	18	Nível Sócio-Económico homem
gnsehomens	19	Escalão de nível socio-económico homem
nsemulheres	20	Nível Sócio-Económico mulher
gnsemulheres	21	Escalão de nível socio-económico mulher
nsemedio	22	Nível Sócio-Económico médio do casal
gnsemedio	23	Escalão de nível socio-económico médio do casal
anosrelmulheres	24	Anos de Relacionamento mulher
grrelmulheres	25	Grupo de anos de relacionamento mulher
filhoshomens	26	Filhos homens
grfilhoshomens	27	Grupo de filhos homens
filhosmulheres	28	Filhos mulher
grfilhosmulheres	29	Grupo de filhos mulher
filhosmedia	30	Média de filhos por casal

Operacionalização das Variáveis do Estudo

Variável	Posição	Significado
grfilhosmedia	31	Grupo de filhos médio do casal
tipparto	32	Tipo de parto
alimRN	33	Alimentação do Recém-nascido
perdapeso	34	Perda de Peso
aumentopeso	35	Aumento de Peso
temgest	36	Tempo Gestacional
grtemgest	37	Grupo de Tempo Gestacional
bodycathmulheres	38	Satisfação da Imagem Corporal 3º Trimestre mulher
bodycath2mulheres	39	Satisfação da Imagem Corporal Pós-parto mulher
altebodycath	40	Variação da Satisfação da Imagem Corporal mulher
sat1homens	41	Satisfação da Imagem Corporal 3º Trimestre homem
sat2homens	42	Satisfação da Imagem Corporal Pós-parto homem
altesathomens	43	Variação da Satisfação da Imagem Corporal homem

Operacionalização das Variáveis do Estudo

Valores das Variáveis

Valor	Significado
gridadehomens	1 inferior ou igual a 25 anos
	2 26 a 30 anos
	3 31 a 35 anos
	4 superior a 35 anos
gridademulheres	1 inferior ou igual a 25 anos
	2 26 a 30 anos
	3 31 a 35 anos
	4 superior a 35 anos
gridademedio	1 inferior ou igual a 25 anos
	2 26 a 30 anos
	3 31 a 35 anos
	4 superior a 35 anos
raçahomens	1 Branca
	2 Negra
	3 Asiática
	4 outra
raçamulheres	1 Branca
	2 Negra
	3 Asiática
	4 outra
gnsehomens	1 Muito Bom
	2 Bom
	3 Razoável
	4 Reduzido
	5 Mau
gnsemulheres	1 Muito Bom
	2 Bom
	3 Razoável
	4 Reduzido
	5 Mau
gnsemedio	1 Muito Bom
	2 Bom
	3 Razoável
	4 Reduzido
	5 Mau
grrelmulheres	1 inferior ou igual a 5 anos
	2 6 a 10 anos
	3 11 a 15 anos
	4 superior a 15 anos
tipparto	1 Parto Eutócico
	2 Parto por ventosa
	3 Parto por forceps
	4 Cesareana
alimRN	1 Leite Materno
	2 Leite Misto
	3 Leite Artificial
perdapeso	1 0 a 5 Kg
	2 6 a 10 Kg
	3 11 a 20 Kg

Operacionalização das Variáveis do Estudo

Valores das Variáveis

Valor	Significado
umentopeso 1	0 a 5 Kg
2	6 a 10 Kg
3	11 a 20 Kg

Anexo F
Tabelas das análises estatísticas

Variáveis Sócio-demográficas	Testes estatísticos/resultados obtidos
Idade	TESTE T-STUDENT (t(150) = 3,421, p < 0,05)
Raça	TESTE DO QUI_QUADRADO DE HOMOGENEIDADE (χ^2 (1) = 0,241; N = 152; p = 0,623)
Nível Sócio-Económico	TESTE DE FISHER (ϕ (0,220); N = 152; p = 0,061)
Nº de Anos de Co-Habitação	TESTE DE WILCOXON MANN-WHITNEY (Wilcoxon U = 25582, Mann Whitney U = 5522, p = 0,987)
Nº de Filhos	TESTE DE WILCOXON MANN-WHITNEY (Wilcoxon U = 5416, Mann Whitney U = 2788, p = 0,357)

Variável dependente	Variáveis independentes	Testes estatísticos/resultados obtidos
Alteração da satisfação Conjugal nas mulheres grávidas	Idade	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H(3) = 6,637, p = 0,071)
	Nível Sócio-Económico	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H(3) = 4,72, p = 0,193)
	Nº de anos de co-habitação	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H(3) = 1,855, p = 0,636).
	Nº de filhos	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H(2) = 3,820, p = 0,149)
	Tipo de parto	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H (2) = 4,054, p = 0,132)
	Tipo de Alimentação do Recém-Nascido	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H(2) = 15,565, p < 0,05)
	Aumento de peso	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H(2) = 0,857, p = 0,651)
	Perda de peso	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H(2) = 0,494, p = 0,789)

Variável dependente	Variáveis independentes	Testes estatísticos/resultados obtidos
Alteração da satisfação Conjugal nos companheiros grávidos	Idade	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H(3) = 5,80, p = 0,113)
	Nível Sócio-Económico	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H(3) = 0,508, p = 0,917)
	Nº de anos de co-habitação	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H(3) = 3,968, p = 0,265).
	Nº de filhos	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H(2) = 1,268, p = 0,530)
	Tipo de parto	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H (2) = 5,548, p = 0,062)
	Tipo de Alimentação do Recém-Nascido	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H(2) = 5,254, p = 0,072)
	Aumento de peso	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H(2) = 1,482, p = 0,477)
	Perda de peso	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H(2) = 2,515, p = 0,284)

Variável dependente	Variáveis independentes	Testes estatísticos/resultados obtidos
Alteração da Satisfação da Imagem Corporal feminina quando percebida pela mulher grávida	Idade	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H (3) = 4,847; p = 0,183)
	Nível Sócio-Económico	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H(3) = 14,148, p=0,003)
	Nº de anos de co-habitação	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H(3) = 5,367, p = 0,147)
	Nº de filhos	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H (2) = 2,655, p = 0,265)
	Tipo de parto	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H (2) = 1,713, p = 0,425)
	Tipo de Alimentação do Recém-Nascido	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H (2) = 3,066, p = 0,216)
	Aumento de peso	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H (2) = 4,509, p = 0,105)
	Perda de peso	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H (2) = 9,064, p = 0,011)

Variável dependente	Variáveis independentes	Testes estatísticos/resultados obtidos
Alteração da Satisfação da Imagem Corporal feminina quando percebida pelo companheiro grávido	Idade	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H ₍₃₎ = 1,493; p = 0,684)
	Nível Sócio-Económico	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H(3) = 4,674, p=0,197)
	Nº de anos de co-habitação	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H(3) = 3,005, p = 0,391)
	Nº de filhos	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H (2) = 1,965, p = 0,374)
	Tipo de parto	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H (2) = 10,129, p = 0,006)
	Tipo de Alimentação do Recém-Nascido	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H (2) = 4,583, p = 0,101)
	Aumento de peso	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H (2) = 11,136, p = 0,004)
	Perda de peso	KRUSKAL-WALLIS (Kruskal-Wallis H (2) = 12,378, p = 0,002)