



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Ansiedade nas Grávidas: Prevalência e Fatores Associados

Sara Isabel Rodrigues Pina Fonseca

Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre na especialidade

Psicologia Clínica e da Saúde

(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof. Doutora Fátima Simões

Covilhã, Outubro de 2012

Agradecimentos

*“ A vida é maravilhosamente infinita, para vivermos
circunscritos a quadrados imaginários”*

Não podia deixar de começar por agradecer à minha orientadora Professora Doutora Fátima Simões, pela sua inabalável paciência, atenção, dedicação, orientação e ajuda que me prestou ao longo deste ano, repleto de desafios, nem sempre ultrapassados com êxito esperado, mas sobre os quais sempre soube ter uma palavra de sabedoria e motivação. Pelo seu apoio e estímulo permanente, muito obrigada!

Um agradecimento especial a todas as Profissionais de Saúde que colaboram no nosso estudo, em especial, à Enfermeira Cristina Pina, que neste estudo assumiu papel duplo de mãe e Enfermeira, que não só me ajudou na questão da aplicação de questionários como também me respondeu a tantas e tantas perguntas técnicas que ninguém me conseguia explicar com a simplicidade e a objetividade com que ela o fez; à Enfermeira Sandra, à Enfermeira Rosa Carlos, à Enfermeira Teresa e à Enfermeira Emilia, pela vossa disponibilidade, sem a qual teria sido impossível fazer chegar este estudo a bom porto. A todas o meu muito obrigada.

Ao inquestionável amor, carinho, dedicação e confiança que sempre demonstraram ter comigo, a minha maior admiração e gratidão, aos meus pais, Cristina e João. Agradecer-lhes ainda pela confiança que depositaram em mim, e pela paciência que mostraram ao longo destes anos, nos quais nem sempre os valorizei devidamente, e durante os quais nem sempre lhes consegui mostrar o meu amor e gratidão. Obrigada por acreditarem sempre em mim...

Ao meu irmão, pelas brincadeiras e sempre presentes momentos de divertimento e muita disposição, mas também pela paciência que me exigiu, obrigada!

Pelas conversas diárias, pela sua constante motivação, pela sua paciência nos momentos de maior pressão e má disposição, pelo seu carinho, amizade, e sobretudo pelos puxões de orelhas que tantas vezes me fizeram deitar mãos à obra e encarar este estudo como algo único e interessante, quando eu própria não o conseguia perceber, pela sua ajuda no momento de recolha de dados, e sobretudo pela sua presença constante. Bem-haja à minha fantástica “person” Susana!

Ao meu amigo Fábio pela sua inabalável paciência, pela sua particular boa disposição, e por toda ajuda que me prestou ao longo deste trabalho, em especial em relação ao tratamento dos resultados, muito obrigada!

Às minhas amigas Mariana, Catarina e Ângela muito obrigada pela paciência, dedicação e cooperação, pelas horas de conversa, pelo estímulo constante e tantos momentos inesquecíveis!

A todos os meus familiares, em especial aos meus avós, mesmo a quem já partiu quero deixar o meu agradecimento mais sincero pela força, preocupação e atenção que mostraram ao longo destes meses.

E por fim, mas não menos importante, o meu agradecimento a todas as grávidas que colaboraram comigo neste estudo, e que com a sua boa vontade o tornaram possível.

A todos vós...

Muito Obrigada!

Resumo

A ansiedade durante a gravidez é frequente e, em muitos casos, com níveis particularmente elevados podendo comprometer a saúde da gestante e do bebé. Através do método quase experimental procurámos verificar o impacto de alguns fatores identificados em estudos anteriores como mais preponderantes para os níveis de ansiedade durante a gravidez.

A amostra é composta por um grupo de 190 grávidas pertencentes a três distritos diferentes de Portugal: Santarém, Castelo Branco e Guarda. Os dados foram recolhidos em seis unidades de saúde diferentes, nomeadamente Hospitais e Unidades de Saúde Familiares.

Para elaborar a pesquisa foi utilizado um questionário, constituído por uma parte respeitante a informação sócio-demográfica e outra constituída por dois instrumentos de avaliação psicológica, o Índice de Apgar Familiar de Smilkenstein e o Inventário de Ansiedade Estado - Traço de Spielberger.

A partir da investigação realizada foi possível identificar alguns fatores como principais causadores de níveis elevados de ansiedade, como o facto de se tratar de uma gravidez não planeada, a espera pelos resultados dos exames médicos, o aproximar da data provável de parto e a falta de conhecimentos por parte das grávidas acerca da gravidez e do futuro papel enquanto mães.

Não se verificou indícios da existência de uma influência significativa entre os níveis de ansiedade estado das grávidas e os trimestres gestacionais, a participação em sessões de Preparação Psicoprofilática para o Parto, a idade, as habilitações literárias, a funcionalidade familiar, o envolvimento do pai do bebé na gravidez e os níveis de ansiedade traço.

Palavras-chave

Gravidez, psicopatologia, ansiedade, ansiedade estado.

Abstract

Anxiety is frequent during pregnancy and in many cases with particularly high levels which may compromise the well being of the pregnant woman and her baby. The aim of this investigation is to verify the impact of some factors identified in previous studies as the most preponderant factors to the levels of anxiety during pregnancy.

The sample is composed of a group of 190 pregnant women who belong to three different districts in Portugal, such as Santarém, Castelo Branco and Guarda. The sample has been collected in six different health centres, including hospitals and Family Health Centres.

The method that was used was a questionnaire, consisting of a socio - demographic questionnaire and two psychological assessment instruments, the Smilkenstein's Family System Apgar and the Spielberger's Inventory of State-Trait anxiety.

With this investigation we were able to identify some factors as principle causes of high levels of anxiety, namely the fact of being an unplanned pregnancy, the waiting for medical exams results, the approaching of the child-bearing date and the lack of information of pregnant women about the pregnancy and their future role as mothers.

We were unable to prove that there is a statistically significant difference between the pregnant anxiety state levels of the pregnant woman and the trimesters of pregnancy, the participation in psycho prophylactic preparation for child-bearing sessions, the age, the literary skills, the family functionality, the father's participation in pregnancy and the trait anxiety levels.

Key Words

Pregnancy, psychopathology, anxiety, state anxiety

Índice

Introdução.....	1
Capítulo 1: A Gravidez.....	4
1.1. A gravidez enquanto processo biológico.....	5
1.2. A Gravidez enquanto processo social.....	7
1.2.1. Papel do Conjugue.....	8
1.3. A Gravidez enquanto processo psicológico	9
1.3.1. A gravidez enquanto processo Psicológico: Trimestres Gestacionais.....	11
1.3.1.1.Primeiro Trimestre.....	12
1.3.1.2. Segundo Trimestre.....	13
1.3.1.3. Terceiro Trimestre.....	14
Capítulo 2: A Gravidez e Psicopatologia.....	16
2.1. Ansiedade.....	18
2.2. Ansiedade e Gravidez.....	19
2.3. O Estudo da Ansiedade na Gravidez.....	23
Capítulo 3: Apresentação do estudo e definição de hipóteses	25
3.1. Descrição do estudo e objetivos	25
3.2. Definição de hipóteses	26
Capítulo 4: Dados, Metodologia e Variáveis.....	28
4.1. Amostra	28
4.1.1.Participantes.....	28
4.2.Instrumentos	30
4.3.Procedimento	32
4.4. Metodologias.....	34
4.5. Definição de Variáveis.....	35

Capítulo 5: Resultados.....	38
5.1. Análise Descritiva.....	38
5.2. Resultados Empíricos.....	40
5.2.1 Análise de Correlações.....	40
5.2.2 Teste de Hipóteses.....	41
Capítulo 6: Discussão de Resultados.....	49
Conclusão.....	54
Referências bibliográficas.....	56
Anexos.....	63

Lista de Tabelas

Tabela 1: Caracterização da amostra.....	29
Tabela 2: Definição das variáveis	36
Tabela 3: Sistematização de hipóteses, metodologia e variáveis a testar.....	37
Tabela 4: Estatísticas descritivas.....	38
Tabela 5: Correlações Pairwise.....	40
Tabela 6: Teste Kolmogorov-Smirnov para a normalidade da amostra.....	42
Tabela 7: Teste t-student para a diferença de médias para a hipótese 1.....	43
Tabela 8: Teste ANOVA para a diferença de variâncias para a hipótese 2.....	43
Tabela 9: Teste t-student para a diferença de médias para a hipótese 3.....	44
Tabela 10: Teste ANOVA para a diferença de variâncias 4.....	44
Tabela 11: Teste t-student para a diferença de médias para a hipótese 5.....	45
Tabela 12: Teste t-student para a diferença de médias para a hipótese 6.....	45
Tabela 13: Teste t-student para a diferença de médias para a hipótese 7.....	46
Tabela 14: Teste UMann- Whitney para a hipótese 8.....	46
Tabela 15: Teste t-student para a diferença de médias para a hipótese 9.....	47
Tabela 16: Teste UMann- Whitney para a hipótese 10.....	47
Tabela 17: Teste t-student para a diferença de médias para a hipótese 11.....	48
Tabela 18: Teste t-student para a diferença de médias para a hipótese 12.....	48

Lista de Acrónimos

HSM: Hospital Sousa Martins

PPP: Preparação Psicoprofilática para o Parto

STAI: Inventário de Ansiedade Estado-Traço

USF: Unidade de Saúde Familiar

Lista de Anexos

Anexo 1: Questionário aplicado às grávidas constituintes da amostra.....	64
Anexo 2: Pedidos de autorização às Instituições colaboradoras.....	74
Anexo 3: Consentimento informado para as grávidas.....	83

Introdução

Ferronha e Vieira (1988) definem gravidez como “um estado fisiológico geralmente com a duração de 38 a 42 semanas e que vai desde o momento da conceção ao nascimento de um novo sujeito.” (p. 367). A gravidez é indispensável à vida, garantindo a continuidade da vida humana. Vellay (1998) afirma que esta é considerada uma das fases mais importantes da sexualidade da mulher devendo fazer parte da vida desta como um acontecimento feliz e não como uma má recordação.

Quando o casal decide que chegou a hora de ter um filho, a mulher dá provas da sua fertilidade, Colman e Colman (1994) referem que esta experiência ultrapassa o domínio da experiência pessoal da mulher, ligando-a ao coletivo. A gravidez, para além de fecundidade simboliza alimentação, amor incondicional e uma forte ligação ao novo ser que se está a desenvolver dentro da mulher. Todas as vivências levam a mulher a experimentar diversos sentimentos, em diferentes momentos da sua gestação. Por esta razão, gravidez é considerada como um desafio à maturidade e à estrutura da personalidade da mulher, criando uma oportunidade para desenvolver novas responsabilidades e sentir que alguém depende de si. Face ao novo ser que vai nascer, há uma ligação de dependência mútua e progressiva, sendo por isso um período crítico do desenvolvimento físico e psicológico da mulher, podendo levar a estados de ansiedade (Cordeiro, 1994).

Couto (2003) refere que a ansiedade, malformações do bebé e os medos relacionados com o terminus da gravidez: o parto e as dores que lhe são associadas são os problemas mais expressivos durante a gravidez. Culturalmente o parto é sinónimo de dor, transmitida de geração em geração, de tal forma que “ a tradição foi tornando sinónimos os termos «parir» e «doer» ”. Todas as sociedades manifestam grande preocupação com a dor associada ao parto, pelo que surgem vários métodos de preparação para o parto que visam a redução dessa dor (Mendes, 1993, p.85).

Por todas estas questões e com o desenvolvimento da ciência, a gravidez e a maternidade tornaram-se tema de vários estudos nos últimos anos e são fenómenos que ao longo dos tempos sempre se verificam, parecendo-nos por isso um tema de grande interesse para a realização de uma dissertação de mestrado na área de Psicologia Clínica e da Saúde, uma vez que à gravidez estão associadas inúmeras alterações, não só fisiológicas mas também psicológicas e emocionais. Sendo um tema muito vasto, tivemos a necessidade de delimitar o estudo a um fenómeno que é cada vez mais referenciado pelas grávidas e pelos profissionais de saúde que as acompanham: ansiedade na gravidez.

Assim, a elaboração deste trabalho de investigação intitulado “ansiedade nas grávidas: prevalência e fatores associados” visa a investigação de um fenómeno constatado por quem trabalha diretamente com a nossa população alvo - as grávidas. Estas manifestam frequentemente alguma ansiedade, pelo que pretendemos conhecer e estudar alguns fatores potenciadores dessa ansiedade. Após delimitado o problema em estudo, o nosso principal objetivo passa por estudar algumas variáveis que poderão estar relacionadas com a ansiedade na gravidez e que, de alguma forma, podem estar a contribuir para a manutenção dos níveis de ansiedade.

Desta forma, o presente trabalho encontra-se dividido em duas partes, uma primeira onde é feita uma revisão da literatura acerca da gravidez e, mais especificamente da ansiedade na gravidez, e uma segunda parte, onde é apresentado um estudo empírico sobre esta temática. De forma mais específica, no Capítulo I procurou-se fazer uma descrição geral dos aspetos fisiológicos da gravidez. Seguidamente, no Capítulo II, foi feita uma abordagem dos aspetos psicológicos da gravidez, em particular dos aspetos mais relacionados com as psicopatologias decorrentes do estado gravídico, e mais uma vez em particular da ansiedade. No terceiro capítulo é apresentado o estudo empírico salientando objetivos e hipóteses; o quarto capítulo é constituído pela explicação dos aspetos metodológicos, dos instrumentos que se utilizaram para levar a cabo a pesquisa, dos procedimentos, bem como da análise estatística; no quinto capítulo é feita a descrição dos resultados, seguindo-se o sexto capítulo com a análise e discussão dos resultados obtido e, por último, procede-se à reflexão crítica e conclusões e apresentam-se as limitações do estudo, bem como sugestões de futuras pesquisas.

Capítulo 1. A gravidez

A gravidez e a maternidade têm sido tema de vários estudos nos últimos anos. Na verdade estas são tão antigas quanto a humanidade. A gravidez é indispensável à vida, garantindo a continuidade da vida humana (Faisal-Cury & Menezes, 2006) . Vellay (1998) afirma que esta é considerada uma das fases mais importantes da sexualidade da mulher devendo fazer parte da sua vida como um acontecimento feliz e não como uma má recordação. Ser mãe é um dos acontecimentos mais importantes da vida de uma mulher, de tal forma que, a maternidade apresenta tanto um desafio à maturidade da mulher, como uma oportunidade para o desenvolvimento de novas responsabilidades familiares e sociais (Cordeiro, 1994).

A grávida passa por diferentes etapas ou fases de desenvolvimento ao longo dos três trimestres. Correspondente ao início da gestação ou fase de *integração*, o primeiro trimestre de gravidez caracteriza-se pela descoberta e aceitação da gravidez por parte da grávida e dos que a rodeiam (Figueiredo, 2000, citado em Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005). Em termos físicos dão-se discretas alterações corporais frequentemente acompanhadas por náuseas, vômitos, alterações ao nível do apetite e paladar, instabilidade de humor, maior sensibilidade e medo em relação ao risco de aborto (Coelho & Silva, 1991; Cordeiro, 1994; Ricardo, Feliciano).

A fase de *diferenciação*, que corresponde ao segundo trimestre de gravidez, caracteriza-se como o período mais estável ao longo do período de gestação em termos psicológicos. Nesta fase, já existe na puérpera a percepção dos movimentos fetais e por conseguinte o reconhecimento do feto como um ser separado de si (Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005). Por último o terceiro trimestre, ou fase de *separação*, caracteriza-se pela satisfação de terminar uma gestação bem sucedida, mas também por um aumento da ansiedade resultante do aproximar da experiência do parto (Pacheco et al, 2005). Cordeiro (1986) refere que a gravidez é considerada como uma crise de desenvolvimento, de adaptação a todas as alterações que ocorrem na vida da mulher grávida. Estas alterações são a nível corporal, psicológico e familiar.

Para além da gravidez existem outras fases de desenvolvimento da vida da mulher, como a puberdade e a menopausa, que envolvem processos de adaptação à nova situação. No entanto, a gravidez envolve profundas mudanças psicológicas e somáticas, constituindo o ponto de viragem mais relevante de ajustamento da personalidade da vida da mulher. Cordeiro (1986) considera que o desejo de engravidar e a gravidez representam a realização do que mais profundo existe na mulher psicologicamente amadurecida.

Por tudo isto, a gravidez requer um esforço suplementar de síntese e de reorganização da estabilidade, do qual pode resultar um acréscimo de vulnerabilidade capaz de constituir um fator de risco para a saúde mental da mulher (Colman & Colman, 1994).

1.1 A gravidez enquanto processo biológico

A gravidez enquanto processo biológico é visto por Ferronha e Vieira (1988) como sendo “um estado fisiológico com duração de 38 a 42 semanas e que vai desde o momento da concepção ao nascimento de um novo sujeito” (p. 367), culminando no parto, definido pelos mesmos autores como “término do processo que segue à fecundação, desenvolvimento e maturação de um novo ser” (p.367). A data provável de parto é calculada a partir do último período menstrual, que corresponde aproximadamente, a quinze dias antes do momento da concepção (Wingate, 1977). A gravidez pode ser dividida em três trimestres: (1) o primeiro trimestre que vai desde a 1ª à 11ª semana de gestação; (2) o segundo trimestre, considerado desde a 12ª à 27ª semana de gestação; e (3) terceiro trimestre, que vai desde a 28ª semana até ao momento do parto (Ferronha & Vieira, 1988).

No decorrer da gravidez ocorrem diversas alterações fisiológicas, sendo a mulher grávida afetada do ponto de vista físico, fisiológico e patológico. Estas alterações são sentidas logo após o momento da concepção, tendo tendência a agudizar-se no decorrer da gravidez e com o passar das semanas (Ricardo, Feliciano, Coelho & Silva, 1991; Petrie & Williams, 1996). Em relação às alterações sentidas, no início da gravidez, os seios tornam-se túrgidos e dolorosos, sendo que à medida que a gravidez vai avançando esta sensação de dor e incómodo desaparece, começando a haver um aumento progressivo de volume. O ventre sofre também um aumento de volume, que se deve a um aumento de tamanho do útero, sendo que no final da gravidez o útero deverá atingir, aproximadamente 32 centímetros de altura. Existem também algumas alterações na pigmentação cutânea, a auréola mamária torna-se mais escura, ao meio do abdómen surge um risco de tom acastanhado, no rosto e no pescoço podem surgir manchas escuras, às quais se dá o nome de cloasma ou máscara gravídica (Marreiros, 1988; Sturgess, 1982). Uma outra alteração física presente em quase todas as grávidas está relacionada com o aumento de peso, sendo que uma mulher com um peso normal, deverá no final da gravidez ter aumentado entre 11 a 15kg. Este peso corresponde, não só o peso do feto, como também à placenta, à bolsa de águas, ao líquido amniótico e ao aumento do volume sanguíneo (Marreiro, 1988).

Segundo alguns autores, existem dois marcos fundamentais nas adaptações maternas à gravidez. O primeiro marco está relacionado com os efeitos mecânicos do aumento do

tamanho do feto e por consequência, do aumento de tamanho do útero/ventre, que engloba a lordose da coluna vertebral como método compensatório do aumento de peso, e a compensação abdominal das vísceras, nomeadamente intestinos, ureteres, entre outros. O segundo marco está relacionado a alteração endócrina vivenciada durante a gravidez, e que se caracteriza, pela produção de hormonas de origem proteica pela placenta e pela hipófise fetal, pela produção de esteroides pela unidade materno-feto-placentar e pela produção de hormonas tireoidianas e pancreáticas pelo feto (Petrie & Williams, 1996; Ricardo et al, 1991).

A primeira alteração hormonal deve-se à produção de uma hormona até aqui desconhecida pelo organismo que tem o nome de gonadotrofina coriónica, cujo objetivo passa pela manutenção do corpo amarelo, transformando-o num corpo amarelo gravídico, fundamental para a manutenção da gravidez durante os primeiros três ou quatro meses de gestação, devido à consequente produção de progesterona e estrogénios (Ricardo et al, 1991). A progesterona, produzida nas primeiras semanas pelo corpo amarelo e posteriormente, e até ao final da gravidez, pela placenta, tem várias repercussões na grávida, nomeadamente a diminuição do tónus dos músculos lisos ao nível do estômago, o que leva ao surgimento de náuseas, especialmente numa primeira fase da gravidez, ao nível do cólon, podendo levar a situações de obstipação, e ao nível uterino, o que pode causar uma diminuição do potencial de excitabilidade das células do miométrico. A produção desta hormona, leva também à redução do tónus vascular e consequente diminuição da tensão distólica e aumento da dilatação venosa. Este fenómeno vai proporcionar também o aumento da temperatura corporal, aumento do armazenamento de gordura, aumento da frequência respiratória e desenvolvimento dos seios. Por sua vez, os estrogénios produzidos pelos ovários na fase inicial da gravidez têm também algumas consequências no organismo da mulher grávida, nomeadamente o aumento do tamanho do útero e dos seios, indução da retenção hídrica, redução da eliminação de sódio pelo organismo e aumento do débito sanguíneo pélvico e periférico. Ao nível do metabolismo, vão dar-se também algumas modificações, nomeadamente um aumento significativos dos processos fisiológicos base, como a respiração, digestão, secreção, aumento da temperatura corporal, entre outros, como forma de se adaptar às novas necessidades do organismo, nomeadamente do útero, dos seios, da placenta e do feto (Ricardo et al, 1991).

Grandes alterações são também sentidas ao nível do aparelho gastrointestinal, do aparelho respiratório e a nível cardiovascular. A este nível, as alterações são grandes e têm repercussões inevitáveis em mulheres com cardiopatias, nefropatias e hipertensões arteriais, devido ao crescimento do feto e ao aumento do metabolismo ((Marreiro, 1988; Ricardo et al, 1991). Contudo, apesar das várias modificações sofridas pela mulher grávida, se existirem cuidados pré natais, com a realização de consultas médicas regulares e a realização de exames adequados, os riscos associados à gravidez e ao trabalho de parto são reduzidos, e na

maior parte das situações controláveis, não devendo, por isso, considera-se a gravidez como um estado patológico que acarreta vários e diversos riscos (Wingate, 1977).

1.2 A gravidez enquanto processo social

O parto em si não é um acontecimento exclusivamente biológico, sendo considerado também um processo social e cultural (Pacheco, Figueiredo, Costa, & Pais, 2005). Quando o casal decide que chegou a hora de ter um filho, a mulher dá provas da sua fertilidade e esta experiência ultrapassa o domínio da experiência pessoal da mulher, ligando-a ao coletivo (Batista, Batista & Torres, 2006). A gravidez, para além de fecundidade, simboliza alimentação, amor incondicional e uma forte ligação ao novo ser que está a desenvolver-se dentro da mulher, levando-a a experimentar diversos sentimentos em diferentes momentos da sua gestação.

A família é a mais antiga instituição social humana, fundamental para o desenvolvimento de qualquer ser humano. Para Neto (2004), a família é uma “rede de relações fortes e íntimas, sentimento de pertença, de aliança, de filiação, de fraternidade, que toca a nossa afetividade mais profunda, a relação com a origem, o nosso crescimento, a nossa morte” (p.56). Neste sentido e segundo Relvas (2000), os casais sem filhos encontram-se no primeiro estágio do ciclo da família, em que estão implícitas as seguintes tarefas: (1) estabelecimento de uma relação conjugal mutuamente satisfatória, e (2) preparação para a gravidez e para a parentalidade. A formação do casal coincide então com o nascimento da família nuclear. Para este autor a díade formada pelo casal alarga-se a uma tríade com o nascimento do primeiro filho, havendo uma revolução afetiva dos futuros pais acompanhada de uma redistribuição de papéis e funções (Relvas,2000). A maternidade e a gravidez assinalam o processo evolutivo da família. Trata-se de um momento de crise, com sentido duplo de oportunidade de mudança/evolução e risco de bloqueamento. À medida que a família evolui ao longo do ciclo de vida, esta vai realizando as funções necessárias ao bem-estar dos seus membros. Assim, nesta fase as suas funções são essencialmente biológicas, psicológicas, educacionais, económicas e socioculturais (Relvas, 2000; Williams, 1995)

Em relação à dinâmica familiar na gravidez, devemos referenciar que esta é um processo que implica uma adaptação familiar, num contexto que sofre influencias das tendências sociais, (Williams, 1995). Atualmente, na maioria das famílias a mulher tem um papel ativo na vida económica, social e política da comunidade. Esta situação permitiu também uma mudança no papel desempenhado pelos homens, passando o pai a participar diretamente na preparação para o parto, nascimento e cuidados da criança (Relvas, 2000). Com o aparecimento de um

novo elemento da família surge a necessidade de redefinir papéis, tendo os membros do casal de assumir o estatuto de pais. Assim, progressivamente, vão construir um processo de adaptação às várias transformações da gravidez ao nível do relacionamento, quer entre a mulher e o companheiro, quer entre a mulher e o feto em desenvolvimento e posteriormente entre a mulher e o recém-nascido (Willimans, 1995).

Segundo alguns autores, todas as mulheres durante os nove meses de gravidez procuram, através de um processo social e cognitivo complexo, não intuitivo, adaptar-se ao seu papel de mãe (Williams, 1995). Lederman (1984) citado por Willimans (1995), refere que a aceitação e a assimilação do estado de gravidez no estilo de vida da mulher, constitui o primeiro passo para a adaptação ao papel de mãe.

1.2.1 Papel do Cônjuge

Segundo Williams (1995) o grau de aceitação reflete-se na preparação da mulher para a gravidez e nas suas respostas emocionais. Por sua vez Relvas (2001) afirma que o nascimento de um filho em termos de família nuclear constitui uma fonte de stress esperável e normativa, que assinala a passagem da conjugalidade à parentalidade, permitindo a diferenciação de dois novos subsistemas - o parental e o filial, exigindo-se a tal redefinição de papéis.

Colman e Colman (1994) referem que a mulher e o companheiro encaram a gravidez juntos, em que cada um faz parte da agitação do outro no presente e da esperança no futuro. O casal precisa de uma relação conjugal alargada, uma nova aliança essencialmente emocional, em que se procura ser sensível às necessidades do outro, comunicar e partilhar experiências, ajudando o outro a lidar com os acontecimentos desconhecidos e assustadores. É fundamental estabelecer uma aliança que proporciona o crescimento necessário para apoiar a criança que ambos irão cuidar no futuro.

Uma das tarefas de desenvolvimento a realizar pela grávida durante a gravidez passa pela reavaliação e reestruturação da relação com o cônjuge/ companheiro, uma vez que o casal prepara-se, em conjunto, para integrar uma terceira pessoa na relação, passando o companheiro a ser aquele com quem a mulher vai partilhar a responsabilidade de cuidar da criança, deixando de ser apenas o seu companheiro romântico (Canavarro, 2001). Por esta razão, e de forma a que o processo de redefinição e reestruturação de papeis seja conseguido com êxito torna-se necessário flexibilizar a aliança conjugal para que se torne possível formar a aliança parental; esta aliança deve permitir a partilha e articulação do desempenho de

tarefas domésticas e de cuidados, a tomada de decisão sobre aspetos importantes da vida do casal e do bebé, e sobretudo, proporcionar o suporte emocional. No terceiro trimestre, em particular, o futuro pai representa um apoio físico e emocional bastante importante para a mulher grávida, partilhando com ela as preocupações face ao trabalho de parto e ao nascimento do futuro bebé (Justo, 1986). Alguns estudos demonstram que as mulheres grávidas que têm boas relações afetivas com os maridos, têm sintomas mais reduzidos de ansiedade e insónias (Camarneiro, 1998).

Contudo, algumas mulheres sentem ciúme em ter de partilhar com o companheiro a sua gravidez, especialmente quando este sente os movimentos fetais, deixando a grávida de ser a única a sentir fisicamente a sua gravidez, tornando-se, algumas mulheres hipercríticas em relação às atitudes, maneiras e masculinidade dos companheiros (Colman & Colman, 1994). Para Williams (1995) o companheiro é normalmente a pessoa que assume maior importância para a grávida. Durante a gravidez, a mulher que é acarinhada pelo seu companheiro apresenta menos sintomas físicos e emocionais; menos complicações durante o parto, e no período pós parto, um mais fácil ajustamento.

1.3 A gravidez enquanto processo Psicológico

As alterações psicológicas da gravidez não são tão facilmente mensuráveis como as alterações físicas. A gravidez envolve alterações psicológicas que resultam da adaptação às mudanças corporais, emocionais e sociais, muitas vezes resultado da reorganização intrapsíquica inerente à nova condição de futura mãe (Blum, 1980). Estas mudanças surgem da necessidade de assunção do novo papel de mãe e também dos processos ligados aos fatores culturais e de aprendizagem, aspetos estes que tendem a interferir na mulher grávida (Ferronha e Vieira, 1988).

A maternidade nem sempre é sinónimo de maturidade emocional, embora constitua a experiência mais importante do desenvolvimento psicosssexual da mulher. Esperar um filho, principalmente se for pela primeira vez, envolve sentimentos e alterações psicológicas que são um desafio para a grávida (Colman e Colman, 1994, Relvas, 2000). Ferronha e Vieira (1988) refere-se à gravidez como uma crise de desenvolvimento, correspondendo a uma situação de mudança a nível biológico, psicológico e social, que exige da mulher um esforço suplementar para manter o equilíbrio psicológico. Se a grávida sai da situação de crise de forma favorável, sairá também com a personalidade enriquecida, adquirindo imunidade psicológica, uma vez que a mulher aprendeu a lidar com a situação, emitindo um comportamento que foi devidamente reforçado (Silva, 2008).

Segundo Larger (1983), o desejo de ter um filho pode surgir do desejo por parte da mulher de comprovar a sua própria fertilidade; para este desejo de fertilidade podem influir aspetos mais conscientes e racionais, como o poder reviver a sua própria infância, ou o desejo de proporcionar ao seu filho uma infância diferente de a que teve ou que gostaria de ter tido. A necessidade de alcançar determinado estatuto pode também levar uma mulher a desejar ter um filho. Contudo, na realidade, segundo este autor, o desejo de ser mãe provém da necessidade psicológica da mulher demonstrar as suas capacidades latentes. Canavarro (2001) defende uma outra ideia, em que postula que a maternidade surge como necessidade de realização pessoal.

Cordeiro (1986) considera que um dos motivos para a decisão de ser mãe é a realização de ideais e oportunidades perdidas. O filho imaginado encerra o ideal do ego dos pais, o desejo de renovar velhas relações, constituindo um objeto de transferência de sentimentos e relações inconscientes dos pais e, a oportunidade dupla da separação e substituição da própria mãe. O relacionamento com a própria mãe durante a gravidez é intenso, podendo ser potenciador de conflitos internos, gerando simultaneamente, sentimentos de culpa. Este autor refere ainda que existem duas perspetivas de enquadrar psicologicamente a gravidez: (1) **A gravidez como fase de desenvolvimento**, em que a gravidez desempenha um papel significativo na personalidade da mulher preparando-a para os cuidados maternos, completando a maturação no plano psicológico e fisiológico. A gravidez introduz novas condições de vida e constitui uma crise, que não sendo patológica, constitui uma viragem e adaptação a um novo estatuto: o de mãe; e (2) **A gravidez como obstáculo a vencer**, em que a gravidez corresponde a uma espécie de doença, sendo incluída nas chamadas “doenças mecânicas”, apresentando mudanças transitórias que conduzem a desorganizações e a reações patológicas em personalidades frágeis e neuróticas. A adaptação ao papel de grávida é difícil, principalmente quando se trata de uma primeira gestação da mulher. Segundo Gomes Pedro (1985) uma primeira gravidez, é um autêntico desafio à adaptação da mulher como pessoa “(...) no seu equilíbrio cósmico onde se projetam as suas ansiedades, as suas defesas e os seus sonhos” (p.22).

A mulher grávida é um tema de interesse social. Kitzinger (1984) refere que a mulher ao engravidar perde a sua intimidade, sendo tema de interesse e preocupação para a sociedade. Mendonça (1998), citando Maldonado (1976), refere que a gravidez como crise desenvolvimental apresenta algumas particularidades, sendo que a mulher perde a sua singularidade, surge uma relação simbiótica e dual com o feto, requerendo adaptações e ajustamentos interpessoais, intrapsíquicos e reintegração da personalidade, que nem sempre é conseguida. Durante a gravidez ocorrem fenómenos naturais que envolvem estados psicológicos complexos, pois desde o início até ao término da gravidez, as tarefas psicológicas com as quais a grávida se depara são diversas, sendo, conseqüentemente diversos, os medos, receios e queixas que surgem ao longo deste período. De acordo com

Blum (1980), as respostas a estas tarefas são influenciadas por diversos fatores, tais como o estado de saúde, o estado matrimonial, a idade, o relacionamento com os pares, o estágio de desenvolvimento psicológico, as necessidades intrapsíquicas e conflitos relativamente ao amor, parentalidade e sexualidade.

A partir do momento em que a grávida toma conhecimento e consciência da sua situação, torna-se necessário a aquisição de novos padrões de comportamento, existindo uma redefinição de papéis e uma necessidade de adaptação a estes novos papéis, surgindo a necessidade de redefinição de papéis, e conseqüentemente a necessidade de aceitar e se adaptar a esses mesmos papéis, nomeadamente em relação às mudanças corporais, emocionais e económicas (Ferronha & Vieira, 1988).

Nesta linha, Justo (1986) considera que as alterações psicológicas envolvem uma sequência de tarefas de adaptação interna e emocional, tarefas estas que devem permitir um normal e integrado desenvolvimento biofisiológico. De uma forma paralela, devem também permitir à mulher aceitar o facto de que trás dentro de si um outro ser, que é autónomo e do qual se vai ter de separar. Esta evolução emocional interna, segundo este autor, é habitualmente decomposta em três fases: (1) a incorporação, durante a qual a mãe começa por aceitar a presença do bebé no seu corpo; (2) a diferenciação, fase em que já aceite a ideia da presença do bebé no seu ventre, e mãe aceita a ideia de que este não lhe pertence; e (3) a separação, fase em que deve aceitar que vai expulsar o feto de dentro de si. Segundo esta autora, embora exista alguma correspondência entre as dimensões tempo cronológico e tarefa desenvolvimental, está não é linear, ou seja, existem tarefas que se prolongam para lá do período esperado e outras cujo início não coincide com o princípio do período em causa. Para além disso o “timing” na resolução das tarefas de desenvolvimento é variável de mulher pra mulher. Numa perspetiva semelhante, Canavarro (2001), considera a gravidez e a maternidade como um período de desenvolvimento, que tal como noutros períodos de desenvolvimento existem tarefas específicas que têm de ser resolvidas.

1.3.1 A gravidez enquanto processo Psicológico: Trimestres gestacionais

A gravidez tem dois pólos ambivalentes, o “querer” versus “não querer” o filho, ou seja a grávida deseja a criança, mas não deseja as dores do parto, pelo que surge o conflito da atracção - repulsão referido por Kurt Lewin (1935) citado por Ferronha & Vieira (1988). Esta oposição de motivações pode ser causadora de frustração sendo um conflito de onde a grávida, enquanto tal, não pode sair, pois o final da gravidez é mesmo o parto. No início da gestação a mulher está feliz, o sentimento de atracção é maior do que o sentimento de repulsão, mas com o evoluir da gravidez e o aproximar da data do parto a situação tende a inverter-se. Como referem Ferronha & Vieira (1988), a fuga é impossível, o que gera

ansiedade, principalmente no terceiro trimestre. No entanto, no segundo trimestre surge a tendência para a introversão e a passividade, manifestando-se habitualmente como uma maior tranquilidade. Cordeiro (1986) afirma que a mulher está mais concentrada sobre si própria e sobre a criança em gestação, surgindo a necessidade de mais apoio do companheiro e uma maior dedicação ao enxoval do bebé. Ao longo da gestação, a futura mãe idealiza e fantasia o seu futuro filho; alguns autores, referem que esta expectativa pode refletir-se num aumento de ansiedade. Este sentimento, pressupõe a perceção de uma ameaça fundamentada em aspetos objetivos ou subjetivos mais ou menos intensos (Conde & Figueiredo, 2003; Oliveira & Pereira, 2004).

De uma forma mais pormenorizada, passamos agora a descrever cada um dos trimestres gestacionais e as mudanças psicológicas associadas a cada um.

1.3.1.1 Primeiro Trimestre

Colman e Colman (1994) consideram o primeiro trimestre como um período de alegria, durante o qual a mulher grávida sente que tem um segredo dentro de si, que apenas partilha quando e com quem quiser. O primeiro trimestre, como já foi referido anteriormente, é também caracterizado essencialmente por um sentimento de ambivalência. Esta ambivalência é manifestada em relação ao acreditar na viabilidade da gravidez, à aceitação do feto, às mudanças que a gravidez implica e à própria maternidade. Para ultrapassar este sentimento é necessário, num primeiro instante a confirmação definitiva da gravidez, e posteriormente a aceitação e apoio por parte do pai do bebé e dos familiares mais próximos (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994).

Na mesma linha de pensamento, mas sustentado com diferentes argumentos, Camarneiro, baseado nos relatos de várias mulheres, afirma que a gravidez é um período caracterizado por sentimentos de ambivalência, visto se tratar de um período de alegria, mas também de preocupações e medos, apresentados sob a forma de alguma tristeza face à nova condição. Este sentimento de ambivalência é também reforçado pela sintomatologia clínica característica desta fase, já descrita anteriormente (Justo, 1986). Neste trimestre inicia-se o processo de identificação materna, durante o qual a grávida procura referências nos modelos maternos conhecidos, especialmente junto da sua mãe (Canavarro, 2001). Em relação às experiências emocionais da grávida, estas são em parte determinadas pelas modificações fisiológicas intensas que a mulher sofre, cuja adaptação demora o seu tempo. Em síntese, neste primeiro trimestre é fundamental que a grávida leve a cabo o processo de integração e aceitação da gravidez com sucesso (Canavarro, 2001; Camarneiro, 1998).

1.3.1.2 Segundo Trimestre

No segundo trimestre a principal tarefa passa por aceitar a realidade do feto. A mãe imagina o bebé como parte de si, estando especialmente atenta às transformações corporais. Posteriormente, e de forma gradual, a perceção do bebé vai-se tornando mais autónoma e realista, uma vez que é nesta altura que a mãe começa a sentir os movimentos do bebé dentro de si, e se torna mais perceptível a sua forma nas ecografias. Estes fatores contribuem para o início do processo de diferenciação mãe-feto, que se traduz na aceitação do feto como uma entidade separada, e que terá a sua continuação e culminar no terceiro trimestre (Canavarro,2001; Justo, 1986). Para além disto, a nível psicológico, ao permitir reconhecer do feto , a ecografia reduz a ansiedade dos pais e como já referimos anteriormente, estimula o bonding pré-natal (Segdmen, McMahon, Cairns, Benzie & Woodfield, 2006).

É ainda neste período que as fantasias com o bebé se intensificam, começando a grávida a preparar-se e a ensaiar para aquelas que serão as suas tarefas como mãe, nomeadamente na prestação dos cuidados ao bebé (Canavarro, 2001). Isto ocorre geralmente no final do segundo trimestre, altura em que geralmente as grávidas começam a frequentar os cursos de Preparação Psicofilática para o Parto (PPP), onde estas questões são trabalhadas. O método psicofilático com uso do processo de educação para gestantes, para além de oferecer informações de cariz prático sobre o parto, sobre os cuidados a prestar ao bebé, proporciona um certo alívio, em relação ao aspeto emocional, pois atua como uma orientação precoce; está técnica é utilizada na intervenção de crises, com o objetivo de preparar a pessoa para uma crise previsível, de uma forma mais ajustada e saudável, por meio do domínio cognitivo da situação e do fortalecimento de mecanismos adaptativos do ego (Falcone, Mader, Nascimento, Santos & Nóbrega, 2005). De uma forma geral, a PPP, como um programa de sessões para mulheres grávidas e respetivos companheiros encoraja a participação ativa destes no processo de parto, consistindo o principal objetivo no ensino de técnicas de descontração, usualmente pela utilização de exercícios de respiração para auxiliar a mulher a controlar as dores das contrações uterinas e do trabalho de parto, para além disso estas sessões representam uma excelente oportunidade para diminuir a ansiedade e o medo da grávida, nomeadamente através da desmistificação de preconceitos baseados em tradições, mitos e ritos, sendo nestas sessões onde as grávidas procuram esclarecer as suas duvidas e adquirir novos conhecimentos (Bento, 1992).

De uma forma geral, este trimestre é considerado como aquele em que a futura mãe se encontra emocionalmente mais estável, sendo neste trimestre que existe uma diminuição de ansiedade, uma vez que os sintomas físicos de mau estar estão agora extintos, o risco de aborto diminuiu, e a mãe sabe que o bebé está bem ao sentir os movimentos fetais (Canavarro,2001; Justo, 1986). Uma opinião contrária tem Soifer (1991, cit in Camarneiro, 1998), que afirma que neste período a ansiedade é dominante, podendo, devido a esta ansiedade, a grávida sentir distorções dos movimentos fetais, como sinal de negação da

gravidez, quando esta não está ainda aceite. Opiniões divergentes são também aquelas em relação á aceitação das mudanças corporais que se fazem notar nesta fase, uma vez que algumas grávidas sentem orgulho nas suas novas formas, enquanto outras as sentem como deformações, receando não serem capazes de voltarem a retomar a sua forma física (Camarneiro, 1998). Um marco bastante importante neste trimestre passa pela descoberta do sexo do bebé, o que segundo Colman e Colman (1994) fomenta a relação dos pais com o bebé, uma vez que se torna mais fácil imaginar e fantasiar com o seu filho.

1.3.1.3 Terceiro Trimestre

No terceiro trimestre, uma das principais tarefas passa, como já referimos anteriormente, pelo aceitar da grávida, o bebé como um ser separado de si. Por esta razão, este período é caracterizado mais uma vez por um sentimento de ambivalência, uma vez que o desejo de ver o filho e terminar a gravidez coexistem com o desejo de a prolongar, como forma de adiar o momento do parto e a responsabilidades que o nascimento do bebé acarreta (Canavarro, 2001). Segundo Mercer (1996), este trimestre é um período caracterizado por um aumento de ansiedade devido á antecipação do parto (Canavarro,2001).

Neste período final da gravidez, a grávida sente a necessidade de reavaliar e reestruturar a sua própria identidade para assim poder integrar a identidade materna, esta tarefa implica analisar todos os ganhos e perdas que a maternidade lhe impôs. Neste sentido, sentimentos de ambivalência, ansiedade e os distúrbios emocionais são os sintomas mais significativos (Canavarro,2001; Justo, 1986). Sentimentos de ambivalência, surgem do combinar do orgulho e realização pessoal com a antecipação ansiosa do nascimento, que é algo desconhecido, no caso das primíparas, e percebido como fisicamente desconfortável (Justo, 1986).

A ansiedade deve-se, para além das questões já descritas, ao facto de que durante o terceiro trimestre a grávida, apesar de saber que o parto ocorre ao nono mês, receia que possa ocorrer um parto pré-termo, estando sempre receosa e em estado de alerta. Para além disso, neste período, a dilatação do útero atinge o seu máximo, o que provoca queixas frequentes de mau estar, do estômago e diafragma. O aumento dos níveis de ansiedade devem-se também ao facto de, com aproximação do parto, surgirem os receios quanto à capacidade de cuidar do bebé e de ser uma boa mãe.

Em suma, a gravidez sendo um momento privilegiado de transformações pessoais e sociais, muda inquestionavelmente a vida de uma mulher, ao ponto de esta se questionar sobre a sua própria identidade e conceito pessoal, em todo o processo de adaptação a uma nova condição e papel. A forma como a grávida vivencia todas as mudanças e os acontecimentos significativos exige, em termos desenvolvimentais, um duplo esforço físico e psicológico, nem

sempre fáceis de gerir, no sentido de prevenir desequilíbrios e perturbações emocionais (Silveira & Ferreira, 2011).

Capítulo 2. Gravidez e Psicopatologia

O nascimento de um filho implica uma adaptação a uma nova condição e uma reestruturação na vida da mãe. A mulher deverá lidar com as mudanças biológicas e corporais que ocorrem com a gravidez, o que representa uma tarefa nem sempre fácil (Oliveira e Pereira, 2004)

A literatura indica que o período da gravidez e puerpério é o período de maior incidência de distúrbios psíquicos na mulher, requerendo atenção e acompanhamento acrescido para que consiga manter ou recuperar o bem-estar psíquico e emocional, e prevenir dificuldades futuras para o filho (Maldonado, 1997). Bibring (1959), considera a gravidez como sendo uma crise de maturação; nos seus estudos verificou que diversas mulheres sem antecedentes prévios de psicossomatologia, demonstram diversos distúrbios psicológicos severos durante a gravidez, considerando esta autora a gravidez como uma situação de crise só possível de resolver após o parto (Blum, 1980). Por sua vez Colman e Colman (1994), utilizam também o termo “crise” mas no sentido de “transformação”, considerando a gravidez como um período de maior susceptibilidade face a situações que provocam angústia. Segundo estes autores existe uma mudança interna e externa com transformações a nível pessoal e social, que pode dar origem a duas situações distintas, desta forma, se a integração for feita de forma adequada, haverá um crescimento e desenvolvimento, caso contrário, poderá vir a desenvolver-se uma patologia.

Pesquisas recentes mostram que as perturbações psiquiátricas desenvolvidas durante a gravidez não constituem uma entidade homogénea, podendo incluir quadros transitórios ou mesmo situações mais graves que podem culminar em prejuízos irreparáveis para a gestante e/ou para o feto (Luis & Oliveiram 1998). A probabilidade de incidência de distúrbios dependerá de fatores familiares, conjugais, e da própria personalidade da grávida. Na gravidez estão patentes as flutuações de humor e a irritabilidade fácil, mudanças na intensidade e qualidade da apetência sexual e alimentar, a agudização de sensibilidade e a introversão (Cordeiro, 1986; Maldonado, 1997).

De facto, as flutuações de humor estão presentes desde o início da gravidez, podendo ter duração variável, chegando a prolongar-se até ao pós-parto. De acordo com Colman e Colman (1994), a labilidade emocional das grávidas é caracterizada por estados de espírito que variam rapidamente em resposta a situações que habitualmente não despoletariam tais reações. Estas alterações variam da exaltação que alterna com períodos de tranquilidade, depressão, podendo existir um sentimento de ambivalência face à presença de um filho. Segundo os mesmos autores, esta labilidade emocional pode ser mais acentuada numas mulheres do que noutras, dependendo da estrutura da sua personalidade, dos fatores stressantes a que estão

sujeitas e da qualidade do apoio afetivo que recebem. Também nesta questão da labilidade emocional as mudanças hormonais parecem ser um fator condicionante, podendo muitas vezes influenciar o estado de humor e as próprias variações de humor da futura mãe (Oliveira, 2006; Leal, 2005).

Relativamente à sensibilidade, a grávida pode manifestar uma agudização, que em certas áreas psicológicas e sensoriais está aumentada (Conde & Figueiredo, 2003). Esta carga emocional está relacionada com o que é transmitido à grávida pelo ambiente, com a estrutura da sua personalidade, com o stress e com o apoio emocional e afectivo que esta recebe. As alterações psicológicas podem ser reflexo de alterações hormonais, que podem variar de uma gravidez para a outra.

No que respeita à incidência de psicopatologia, a literatura sugere que entre os problemas relacionados com a gravidez há grande ocorrência de distúrbios de humor, no entanto estes distúrbios não constituem uma entidade homogénea, havendo também uma prevalência considerável de distúrbios psicóticos (Luís & Oliveira, 1998). Segundo Santos (1998), são frequentes as manifestações depressivas na gravidez. Num estudo realizado pelo autor, em cerca de 10% das grávidas foram encontradas manifestações depressivas, sendo a maior parte depressões neuróticas que surgem no início da gravidez, com tendência a ocorrer de forma passageira. Os sintomas mais frequentes são: disforia, crises de choro, astenia, sentimento de incapacidade e depreciação, procura afetiva, queixas somáticas e perturbações de sono. Menos comuns são as depressões melancólicas, no entanto, estas podem surgir na segunda metade da gravidez e apresentam características confusionais e delirantes. Estas depressões tendem a prolongar-se até às primeiras semanas após o parto.

As alterações no estado de saúde mental da gestante podem acarretar sérias complicações para o parto, havendo estudos que referem uma maior possibilidade de parto pré termo, bem como para o bebé, tanto à nascença como no seu desenvolvimento. Existem ainda estudos que referem dificuldades do estabelecimento da relação mãe-filho (Luís & Oliveira, 1998; Santos, 1998). A gravidez é, assim, um acontecimento importante na vida da mulher, podendo constituir simultaneamente um desafio e uma ameaça à sua estrutura psicológica. Durante este período, a mulher revive e integra as identificações que a faz ao longo da vida, ou seja, sintetiza o seu desenvolvimento (Camarneiro, 1998).

2.1 Ansiedade

No nosso quotidiano é comum existir um determinado grau de ansiedade que nos estimula a agir; esta é experimentada como normal se for adequada às circunstâncias e se for aceite como um acontecimento que acompanha o estímulo para lidar com uma situação específica (Montgomery, 2000). Paralelamente a esta ansiedade considerada normativa existe aquela ansiedade considerada patológica, na qual a sua sintomatologia típica (medo, palpitações, sudorese, entre outros) é exacerbada. Segundo Montgomery (2000) e Paulino e Cordeiro (1986), a fronteira entre o que podemos aceitar como ansiedade normal e patológica é essencialmente determinada pelo nível de funcionamento do indivíduo, de forma a perceber se esta não influencia a sua capacidade de responder a questões mais complexas do dia-a-dia. A ansiedade é, em traços largos, uma emoção caracterizada por altos níveis de atividade do Sistema Nervoso Autónomo, especificamente a ativação do sistema nervoso simpático (e.g.: aumento do batimento cardíaco, pressão arterial, respiração e tônus muscular), sentimento subjetivo de tensão e cognições que envolvem apreensão e preocupação e que está bastante presente ao longo do período de gestação, tal como foi sendo referido anteriormente (Silva, 2008).

No sentido de definir este estado psicofisiológico vários autores apresentaram as suas definições de ansiedade. Serra (1980) refere que “(...) a ansiedade é um conjunto complexo de emoções” (p.97), termo amplamente divulgado, que faz parte da linguagem comum, onde é empregue nas mais variadas situações. Ferronha & Vieira (1988) definem ansiedade “ (...) como um sentimento de desconforto resultante da vivência antecipatória de um perigo, objectivo não realizado ou dificuldades (reais ou imaginárias) que afetam o indivíduo”(p. 367). Para Cordeiro (1994), a ansiedade é uma experiência do dia-a-dia, que está presente em maior ou menor grau em todas as doenças ou situações de sofrimento. Simões (1996) citando Spielberger (1972) considera a ansiedade como causadora de sentimentos de tensão, nervosismo e preocupação, assim como alterações comportamentais e fisiológicas, que podem manifestar-se sob forma de tremores, palpitações e vertigens.

No DSM-IV-T.R. (APA, 2002), as Perturbações de Ansiedade encontram-se dadas em sub grupos, nomeadamente o grupo das Perturbações de Pânico, da Perturbação de Ansiedade Generalizada, da Perturbação de Stress Pós-traumático, entre outras. De uma forma geral, a sintomatologia é comum a todos estes sub grupos, destacando-se pela sua frequência a agitação, o nervosismo, a fadiga fácil, as dificuldades de concentração, tensão muscular e alterações de sono. Segundo Paulino e Cordeiro (1986), a ansiedade tem geralmente duas vertentes, uma psicológica caracterizada pelo sentimento de medo, de pânico ou ameaça, e uma vertente de sintomatologia somática e vegetativa, que inclui palpitações, dispneia, boca seca, náuseas, tonturas, ruborização, mal-estar abdominal, tremores e tensão muscular.

Existem divergências marcadas na tendência para experienciar a ansiedade de indivíduo para indivíduo. Destas diferenças individuais pode ser feita uma outra diferenciação de tipos de ansiedade, designadamente ansiedade estado e ansiedade traço. Enquanto a ansiedade estado se refere a um estado transitório de ansiedade num determinado momento de tempo, por outro lado, a ansiedade traço reflete as diferenças individuais, atendendo a uma predisposição ou tendência para apreciar as situações como ameaçadoras e reagir perante as mesmas com comportamentos de estado ansioso (Silva, 2003).

Entre as medidas de ansiedade destacamos o auto-relato, que a par das medidas psicológica e comportamental, é uma das formas mais utilizadas na medição da ansiedade. As medidas de auto-relato podem dividir-se em três categorias diferentes: (1) a medição da ansiedade estado; (2) a medição da ansiedade traço; e (3) a medição da ansiedade face a situações específicas, sendo um dos instrumentos mais comuns na medição da ansiedade por auto-relato o State-Trait Anxiety Inventory (STAI) desenvolvido por Spielberger, Gorsuch e Lushene em 1972, e aferido para a população Portuguesa em 1980, por Ponciano (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg e Jacobs, 1983).

2.2. Ansiedade na gravidez

Blum (1980) afirma que cada gravidez é única, sendo considerada o período crítico do desenvolvimento físico e psicológico da mulher, pelo que, a mulher fica mais suscetível à ansiedade. Tal como é documentado, a gravidez é caracterizada pela presença de níveis de ansiedade particularmente elevados, de acordo com Ferronha e Vieira (1988), na génese desta ansiedade destacam-se dois fenómenos: (1) a expectativa, que está relacionada com o bebé, com o comportamento da grávida e com a sua atitude no decorrer do parto, podendo estas expectativas ser influenciadas por experiências anteriores e pelo seu autoconceito; e (2) a aprendizagem, que se manifesta sobretudo nas primíparas, uma vez que não existem esquemas e aprendizagens prévias, baseando-se em modelos de grávidas que lhes são proporcionados no seu dia-a-dia, sendo por esta razão essencial controlar os níveis de ansiedade das grávidas através de um processo de reestruturação cognitiva, como tentativa de combater o conhecimento de “ouvi dizer” (p.372).

Um dos fatores identificados na literatura como um dos que mais contribui para o aumento da ansiedade ao longo da gestação, é a antecipação da experiência de parto, isto é, a forma como a puérpera concebe esta experiência nomeadamente os seus medos e receios, o tipo de preparação e acompanhamento por parte de profissionais de saúde e familiares, entre outros fatores sobre os quais se centra esta investigação. Segundo Brazelton (1981), *os níveis de*

ansiedade habituais na mulher permitem á grávidar adaptar-se ao seu novo papel de mãe, mas para isso é fundamental uma certa plasticidade psicológica (citado por Pacheco et al., 2005, p.8).

Esta evidência torna-se particularmente relevante por estar directamente associada a piores resultados obstétricos, como a prematuridade ou a mortalidade e morbidade da mãe e do bebé, e maior probabilidade de desenvolver perturbações do foro psicológico visto que dela resultam níveis de ansiedade elevados na grávida tal como demonstram vários dados científicos (Pacheco et al. 2005). Esta marcada presença de receios e preocupações aumenta gradualmente com o aproximar do puerpério. Uma ideia contrária é defendida por Brazelton (1981), afirmando que a ansiedade da grávida, especialmente presente no último trimestre de gravidez, pode ser algo benéfico para a grávida enquanto futura mãe, uma vez que este autor considera esta ansiedade como um mecanismo de ajustamento a uma nova homeostase psicológica (Gomes Pedro, 1985).

Com base na observação clínica, e com base numa perspectiva psicanalítica, Soifer (1991), refere existirem sete momentos específicos de incremento da ansiedade que pode durar dias ou semanas, agrupando-os em sete fases, que passamos a descrever:

1. Situação psicológica no começo de gestação: habitualmente o primeiro sintoma da gravidez é a sonolência, os períodos de sono, que até ai eram suficientes, a partir deste momento deixam de o ser, andando a mulher com sono o dia todo. Do ponto de vista psicológico, a necessidade de dormir corresponde a uma regressão, que assume as características de uma identificação fantasiada com o feto, esta regressão deve-se à percepção inconsciente de mudanças orgânicas e hormonais, passando a existir uma situação de conflito, pois a mulher não identifica consciente ou inconscientemente as causas desta mudança, adoptando um comportamento que afasta os estímulos, optando pelo repouso. Este comportamento coincide com a segunda, terceira semana de gestação unindo-se à ansiedade provocada pela falta da menstruação e seu significado, sendo este o primeiro acesso de ansiedade durante a gestação. Outro fator causador de ansiedade nesta fase, é a instabilidade económica laboral, a mulher sente-se insegura devido à possibilidade de despedimento, quando a entidade patronal tomar conhecimento do seu estado de gravidez;

2. Ansiedade do segundo e terceiro mês: o segundo acesso de ansiedade ocorre entre o segundo e o terceiro mês, Soifer (1991) refere que o tratamento psicanalítico com grávidas permitiu verificar que estas têm a percepção da instalação da placenta, através dos seus sonhos. A análise (psicanalítica) dos sonhos nesta fase, permite concluir que estes estão relacionados com o rancor edipiano contra o próprio pai, por preferir a mãe e também ressentimento relativamente à mãe, por esta ser uma perfeita dona de casa, impedindo assim a filha grávida de se identificar com ela. O processo de instalação da placenta, percebido inconscientemente pela grávida, origina sentimentos de rejeição. Os sonhos

realçam a vivência persecutória da placentação e do aborto, havendo a reactivação das fantasias de roubo e esvaziamento, uma vez que este período do segundo e terceiro mês é conhecido como a fase do perigo de aborto. Soifer (1991) realça a importância deste processo ser explicado à grávida, por parte dos técnicos de saúde, no sentido de se superarem as profundas ansiedades determinadas pelo início da gravidez;

3. Perceção dos movimentos fetais que ocorre aos três meses e meio: na evolução fetal, a mobilidade ocorre por volta do quarto mês, quando a grávida sente pela primeira vez os movimentos do feto, existe um sobressalto como algo estranho. Soifer (1991) afirma que “o reconhecimento desse algo insólito e atemorizador e a posterior discriminação dos movimentos da criança são processos mentais que se realizam de forma lenta e gradual” (p. 31). A mesma autora refere que a ansiedade pode aparecer de várias formas, o medo de ter um filho com malformações, medo de morrer no parto ou angústia pela alteração da sua imagem corporal, associado ao sentimento de fealdade, que está na base de muitas depressões e de fantasias ciumentas em relação ao marido, por temor de uma relação extraconjugal;

4. Ansiedade devida à instalação franca dos movimentos que ocorre dos cinco meses em diante: ao completar os cinco meses de gestação, os movimentos fetais fazem com que a gestante percepcione melhor as contracções uterinas fisiológicas da gravidez, o que produz novos acessos de ansiedade em que se avivam as fantasias descritas nas fases anteriores;

5. Ansiedades produzidas pela rotação do feto que ocorre dos seis meses e meio em diante: por volta do sétimo mês, o feto coloca-se em posição cefálica, o que provoca na mãe uma crise de ansiedade, totalmente inconsciente;

6. Ansiedade no início do nono mês: com a chegada do nono mês, emergem as modificações fisiológicas tais como o crescimento rápido do feto, o acentuar das contracções e a adaptação do organismo com vista à estabilidade, o que juntamente com o aproximar da data provável do parto e com a incerteza quanto à data precisa exacerbam os níveis de ansiedade;

7. Ansiedade nos dias anteriores ao parto: devido à incerteza a ansiedade nesta fase é um fator dominante, as crises de ansiedade podem ser intensas e de duração variável, uma vez que nesta altura o temor da morte durante o parto, o medo da dor, o medo de um parto traumático e o receio de ter um filho disforme ou mesmo o receio de este morrer, pode levar a níveis exacerbados de ansiedade. Esta autora refere ainda que nesta altura surgem níveis maiores elevados de ansiedade ao medo de criar um filho, principalmente se for em grávidas nulíparas, pois existe desconhecimento acerca do que é ser mãe, sendo que quanto melhor preparada estiver para as mudanças que advêm da gravidez, melhor a grávida se adapta quando ao nascimento do bebé e ao seu novo papel de mãe.

Esta autora, assim como Pacheco et al (2005) afirmam ainda que as aulas de PPP podem ajudar a combater situações de stress, constituindo uma importante fonte de informação, proporcionam exercícios e constituem grupos de discussão e esclarecimento, contribuindo ainda para a diminuição da ansiedade.

Um outro fator gerador de ansiedade durante a gravidez, prende-se com o facto de se tratar de grávidas primíparas ou múltiparas, pois uma mulher que está à espera de um segundo ou terceiro filho, do ponto de vista relacional, no início da gravidez, tem uma família mais complexa, por essa razão, a tarefa de assumir a identidade materna para incluir a nova criança é mais exigente. Geralmente, as múltiparas iniciam a gravidez manifestando ansiedades diferentes das referidas pelas mulheres que vão ser mães pela primeira vez. Segundo Mercer (1996), a sua atenção vai estar focada no receio de abortar, no receio de iniciar um trabalho de parto pré-termo, nos procedimentos técnicos e nos sintomas físicos da gravidez, muito mais do que na relação com o bebé (Canavarro, 2001). O término da gravidez, o terceiro trimestre, para as múltiparas apresenta-se também um período de especial ansiedade, uma vez que, apesar de existirem muitas alegrias para contrabalançar com a ansiedade sentida, o aproximar do parto pode trazer à memória um parto anterior em que tenha surgido alguma complicação, para além disso, a grávida múltipara sente-se agora mais velha e conseqüentemente mais suscetível a complicações e riscos.

Contudo existem causas comuns de ansiedade na gravidez. Numa primeira gravidez, a apreensão natural pode estar ligada à ignorância. As grávidas podem encontra-se num estado de conflito devido à gravidez, especialmente se esta não for planeada (Oppenheim, 1985). De acordo com a mesma autora, as experiências passadas infelizes podem também estar na origem de medos particulares, nomeadamente as interrupções voluntárias da gravidez anteriores, podem ter conseqüências relacionadas com abortos espontâneos, ou nascimentos prematuros de nados-mortos, o que pode gerar ansiedade à puérpera. Um outro exemplo são aquelas mulheres que deram à luz bebés com deficiências, ou aquelas que têm conhecimento de riscos hereditários (Oppenheim, 1985).

Em relação ao trimestre gestacional, havendo uma ansiedade notória no primeiro trimestre, há uma tendência para esta se neutralizar durante o segundo. Pelo contrário, por volta do oitavo mês de gestação (final do terceiro trimestre), com o aproximar do parto, a grávida volta a manifestar sinais de ansiedade exacerbados (Santos, 1998; Cordeiro, 1986). Apesar disso à mulheres que afirmam não se sentirem ansiosas no final da gravidez, uma vez que o desejo de ter nos seus braços o seu bebé é muito superior ao sentimento de medo e repulsa em relação ao parto. Contrariamente a estes autores, Little et al (1982, cit in Oppenheim, 1985) após vários estudos não encontrou diferenças significativas nos níveis de ansiedade ao longo da gravidez.

Um outro tema abordado em várias investigações está relacionado com as ecografias realizadas pelas grávidas ao longo da gestação. São várias os estudos que relacionam a realização das ecografias com a diminuição dos níveis de ansiedade. A redução da ansiedade depois da ecografia está associada ao facto de esta se traduzir numa experiência positiva, ao demonstrar o desenvolvimento saudável do bebé (Samorinha, Figueiredo & Cruz, 2009). Por sua vez, Garcia e colaboradores (2002), consideram que a redução da ansiedade depois da ecografia, relatada em vários estudos, pode ser explicada pelo facto dos valores estarem anormalmente aumentados, antes da ecografia, e não por um benefício real recorrente do exame em si.

Para além dos constructos referenciados anteriormente, há evidências de que o suporte social possa ser, também, um fator importante na redução da ansiedade durante a gravidez, pois são vários os autores que afirmam que um adequado suporte social proporciona apoio em determinados momentos da vida do individuo, nomeadamente o período da gravidez e do parto, favorecendo às gestantes e puérperas um maior controle do ambiente e autonomia, fornecendo esperança, apoio e proteção (Coutinho, Baptista & Morais, 2002). Os mesmos autores defendem que o suporte social e o suporte familiar são fundamentais para a manutenção da saúde mental da grávida e para a sua capacidade de enfretamento de situações stressantes, podendo, igualmente reduzir os níveis de ansiedade.

2.3. O Estudo da Ansiedade na Gravidez

No sentido de melhorar a experiência de parto tem-se procurado proporcionar uma diminuição da intensidade de dor envolvida, e da redução dos níveis de ansiedade, através do aumento da informação, da promoção do contacto com pessoas significativas no parto, da preparação para o parto, da analgesia entre outras estratégias (Pacheco et al. 2005). Neste sentido têm-se desenvolvido vários estudos que procuram identificar os factores potenciadores da ansiedade que por conseguinte se podem traduzir em problemas obstétricos e desenvolvimentais quer da gestação quer do feto em si.

Num estudo com 1443 mulheres múltiparas, Rautava (1989) fez o levantamento de algumas características de um grupo de grávidas com bom nível de conhecimento em relação ao parto em comparação com um grupo de grávidas com fraco conhecimento sobre o mesmo, tendo concluído que as ultimas apresentavam níveis de ansiedade superiores às do primeiro grupo (Pacheco et al, 2005). Da mesma forma, ao estudarem dimensões relacionadas com a saúde materna Keen-Payne e Bond (1997) constataram que o suporte e apoio de pessoas

significativas é uma das carências básicas relatadas não só pelas mulheres como pelas equipas de enfermagem (Pacheco et al, 2005).

Conde & Figueiredo (2003) fazem igualmente referência a estudos de outros autores, que constataam que as mulheres grávidas apresentam níveis de ansiedade superiores aos das mulheres não grávidas, sendo as mais ansiosas as grávidas mais novas, solteiras, as grávidas que têm um nível de escolaridade, salário e suporte social mais baixo. Também Ferronha & Vieira (1988) efetuaram um trabalho de investigação sobre a ansiedade na gravidez, num grupo de dezasseis mulheres grávidas com idades entre os 19 e os 36 anos, primíparas e múltíparas, que demonstram vontade de participar em aulas de preparação para o parto que decorriam no centro de saúde de Alameda em Lisboa. Tentaram observar as vivências da mulher grávida e desenvolver possíveis formas de atuação com vista à alteração de atitudes menos adaptativas. Consequentemente, procuraram a redução do comportamento que tende a aumentar o grau de ansiedade durante a gravidez e no momento do parto. Os autores consideram que a ansiedade é crescente à medida que se aproxima o terminus da gravidez, concluindo também, relativamente à vantagem ou não do método de preparação para o parto, que 22% das grávidas referem que este tem vantagem para algumas mulheres e 77% para todas as mulheres, referindo estes autores, na sua apreciação final, que o curso de preparação para o parto permitiu a diminuição da ansiedade nas últimas semanas da gravidez, bem como no decurso de todo o trabalho de parto.

Os mesmos autores (1998) realizaram um estudo onde tentaram controlar a ansiedade das grávidas e através de técnicas de intervenção psicológica e de fornecimento de informações corretas e desprovidas de preconceitos e mitos, algo semelhante ao que atualmente é feito nas sessões de preparação para o parto, com o intuito de tornar as vivências das mulheres grávidas menos penosas, de diminuir a perceção de dor e de melhorar o desempenho durante o parto. As principais conclusões do estudo foram que estas mulheres apresentaram uma diminuição de ansiedade nas últimas semanas de gravidez e no percurso de todo o trabalho de parto, tendo também uma melhor prestação e uma atitude mais ativa durante o parto. Um estudo semelhante realizado por Falcone et al (2005) com 103 gestantes observou-se uma redução da prevalência de transtornos afetivos em grávidas que participavam em sessões de PPP.

Num estudo realizado com 258 grávidas, com o objetivo de identificar os grupos de grávidas que apresentavam os vários níveis de ansiedade e também verificar os fatores sócio-culturais que estavam relacionados com os níveis de ansiedade, verificou-se que níveis elevados estavam fortemente associados à insegurança financeira e a baixos níveis de educação (Lightfoot, Keeling & Wilton, 1982).

Capítulo 3: Apresentação do estudo e definição de hipóteses

3.1. Descrição do estudo e objetivos

A maior parte dos estudos realizados em amostras na comunidade são consensuais. Lightfoot, Keeling, e Wilton (1982) verificaram que os altos níveis de ansiedade estão ligados a mais dificuldades financeiras, menor nível educativo e, contrariamente ao que esperavam, a existência de familiares a viver nas proximidades. A generalidade dos estudos aponta para uma correlação positiva entre a presença de acontecimentos adversos de vida e de pouco apoio social e a ocorrência de sintomatologia psicopatológica depressiva e ansiosa na gravidez (Norbeck & Anderson, 1989; Norbeck & Tilden, 1983).

Existe maior probabilidade de as grávidas apresentarem elevados níveis de ansiedade durante a gravidez quando existe história prévia de psicoterapia, menos satisfação conjugal, mais problemas de saúde, preocupações acrescidas relativamente ao parto, ou acerca do impacto da maternidade na identidade profissional e no tempo disponível para a carreira. Da mesma forma, menos suporte parental, que apoie a conciliação entre as responsabilidades maternas e profissionais está também associado a mais ansiedade durante a gravidez.

Muitos autores acrescentam a estes resultados o impacto negativo das más relações conjugais na valorização de acontecimentos negativos ocorridos no decurso da gravidez e nos níveis de ansiedade e stress específico da gravidez no 3º trimestre. Quando os sujeitos consideram que a gravidez tem um impacto negativo na sua carreira profissional, a valorização dos acontecimentos negativos de vida e o stress específico da gravidez são também maiores no 3º trimestre. Parte destas relações serão trabalhadas no capítulo que se segue, de forma a perceber se estas se comprovam ou não, tendo por base a nossa amostra.

Neste capítulo, iremos descrever os diferentes passos da metodologia utilizada. De forma a conhecer o nível de ansiedade na grávida, realizamos um estudo quase experimental, transversal, do tipo descritivo correlacional. Para Fortin (1999), este tipo de estudo tem como finalidade explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, permitindo descrever essas relações que foram detetadas. O método utilizado é quantitativo.

A metodologia selecionada para este estudo parece ser a mais adequada, tendo em conta os recursos, o fator tempo, a bibliografia e a população em estudo.

No que respeita aos objetivos do estudo, o principal objetivo que nos propomos levar a cabo é o de perceber quais as variáveis que poderão influenciar os níveis de ansiedade-estado das grávidas. Para isso iremos estabelecer uma série de relações, nomeadamente entre o trimestre de gestação, o apoio percebido pela grávida por parte do pai do bebé e pela família, a frequência em sessões de PPP, a idade, as habilitações literárias e outras variáveis que já referenciamos anteriormente. Esta investigação faz uso de dois instrumentos de avaliação, o índice de Apgar Familiar de Smilkenstein e o Inventário de Ansiedade Estado-Traço de Spielberger, como instrumentos de recolha de informação.

3.2. Definição de hipóteses

Segundo Fortin (1999), a hipótese é um enunciado formal da relação que se prevê existir entre duas ou mais variáveis, conjugando o problema e o objetivo numa explicação ou previsão dos resultados esperados de um estudo.

Com base na pesquisa bibliográfica efetuada e os objetivos definidos foram formuladas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: *As grávidas no 3º Trimestre de gestação com frequência das sessões de PPP, apresentam níveis de Ansiedade estado inferiores às grávidas em igual período de gestação mas sem frequência nas sessões de PPP;*

Hipótese 2: *Existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da Ansiedade estado entre trimestres;*

Hipótese 3: *As grávidas com episódios prévios de aborto e que se encontram no 1º Trimestre de gestação apresentam níveis de Ansiedade estado superior às grávidas em igual período de gestação sem episódios prévios de aborto;*

Hipótese 4: *As grávidas com menores habilitações literárias apresentam níveis mais altos de Ansiedade estado em relação às grávidas com habilitações literárias superiores;*

Hipótese 5: *As grávidas que pertencem a famílias sem disfunção apresentam níveis de Ansiedade estado inferiores às demais;*

Hipótese 6: *As grávidas com idades mais avançadas apresentam níveis inferiores de Ansiedade estado em relação às grávidas com idades inferiores.*

Hipótese 7: *As grávidas primíparas cuja gravidez foi planeada apresentam níveis de estado Ansiedade menores que as grávidas primíparas cuja gravidez não foi planeada;*

Hipótese 8: *As grávidas que apresentam níveis inferiores de ansiedade-traço apresentam níveis inferiores de Ansiedade estado comparativamente às demais;*

Hipótese 9: *Existem diferenças estatisticamente significativas do nível de Ansiedade estado em relação à espera dos resultados dos exames médicos realizados;*

Hipótese 10: *As grávidas que se encontram a nível temporal mais próximas da data provável de parto apresentam níveis de Ansiedade Estado superiores às demais;*

Hipótese 11: *As grávidas que afirmam não possuir conhecimento suficientes acerca do seu estado gravídico apresentam níveis de Ansiedade Estado superior às demais;*

Hipótese 12: *As grávidas que reconhecem o envolvimento por parte do pai do bebé na gravidez, apresentam níveis de Ansiedade Estado inferiores às demais.*

Capítulo 4: Dados, Metodologia e Variáveis

Neste capítulo é descrita a amostra e exposta pormenorizadamente a técnica de recolha de dados, bem como a metodologia adotada para teste de hipóteses e ainda a definição das variáveis que permitem esse teste.

4.1. Amostra

4.1.1. Participantes

O universo da população é “Todo o conjunto de indivíduos (ou objectos) que possuem alguma característica em comum (...)” (Polit & Hungler, 1995, p.368). Segundo Fortin (1999), os elementos que satisfazem os critérios de seleção que foram antecipadamente definidos pelo investigador e para os quais se deseja fazer generalizações, constitui a população alvo, ou seja, a população particular submetida a um estudo.

A amostra do nosso estudo é composta por um grupo de 190 grávidas acompanhadas na Unidade de Saúde Familiar (USF) Santa Maria de Tomar, na Unidade de Saúde familiar da Covilhã, na Unidade de Saúde Familiar do Fundão e na Unidade de Saúde familiar do Tortosendo. Estas grávidas frequentavam o curso de preparação psicoprofiláctica para o parto e/ou as consultas de enfermagem de saúde materna. Fazem ainda parte da nossa amostra, as grávidas acompanhadas no Centro Hospitalar Cova da Beira, em particular no departamento de Saúde da Criança e da Mulher e no Hospital Sousa Martins (HSM) da Guarda, em particular no serviço de obstetrícia. Trata-se de uma amostra de conveniência, uma vez que como o nome indica, tomam-se como amostra, os elementos da população que estão mais disponíveis, por uma questão de disposição geográfica.

A favor da amostra salientam-se ainda os seguintes fatores: (1) a escolha dos locais de recolha da amostra parece-nos garantir a representatividade nacional, uma vez que desta fizeram parte participantes de três distritos diferentes (Distrito de Santarém, de Castelo Branco e da Guarda); (2) a amostra, em especial no caso das Unidades Familiares, representa aproximadamente 100% da população em estudo, tendo sido inquiridas quase todas as grávidas inscritas nestas unidades; (3) a amostra controla também as diferenças entre áreas urbanas e rurais, uma vez que, em especial no Hospital Sousa Martins da Guarda eram muitas as grávidas provenientes de zonas rurais, cujas características intrínsecas podem justificar alguns dos resultados obtidos; e (4) a amostra permite controlar o efeito das idades uma vez que abrange drávidas com idades compreendidas entre os 19 e os 42 anos. Os dados foram

recolhidos num período compreendido entre o dia 2 de Janeiro e 30 de Março do corrente ano.

Tabela 1. Caracterização da Amostra

Dimensão		N	Freq. Rel.	Freq. Ac.
Hab. Literárias	1º Ciclo	6	3,2	3,2
	2º Ciclo	10	5,3	8,4
	3º Ciclo	34	17,9	26,3
	Secundário	63	33,2	59,5
	Ensino Superior	77	40,5	100
	Total	190	100	
	N.R.	0		
Estado Civil	Solteira	25	13,2	13,2
	Casada	132	69,5	82,6
	Divorciada	3	1,6	84,2
	Viuva	1	0,5	84,7
	União de facto	29	15,3	100
	Total	190	100	
	N.R.	0		
Trimestre	1º Trim.	22	11,6	11,6
	2º Trim.	45	23,7	35,3
	3º Trim	123	64,7	100
	Total	190	100	
	N.R.	0		
Gravidez Planeada	Não	45	23,7	23,8
	Sim	144	75,8	100
	Total	189	99,5	
	N.R.	1	0,5	
Abortos Prévios	Não	161	84,7	84,7
	Sim	29	15,3	100
	Total	190	100	
	N.R.	0		
1ª Gravidez	Não	71	37,4	37,4
	Sim	119	62,6	100
	Total	190	100	
	N.R.	0		
Ansiedade-estado	Pouco Ansiosa	59	31,1	31,1
	Ansiosa	129	64,7	95,8
	Muito Ansiosa	8	4,2	100
	Total	190	100	
	N.R.	0		
Funcionalidade Familiar	F. altamente funcional	176	92,6	93,1
	F. c/ moderada disfunção	8	4,2	97,4
	F. disfuncional	5	2,6	100
	Total	189	99,5	
	N.R.	1	0,5	

4.2. Instrumentos

Polit e Hungler (1995) consideram que um instrumento de recolha de dados deve ser composto por um conjunto de questões que permitam colher a informação válida, necessária e pertinente á elaboração do trabalho de investigação. Tendo em conta os objetivos do trabalho, foi elaborado um questionário¹, constituído por um questionário sócio-demográfico e dois instrumentos de avaliação psicológica: Índice de Apgar Familiar de Smilkenstein e o Inventário de Ansiedade Estado - Traço de Spielberger.

No questionário, a recolha de dados sócio-demográficos é feita através de questões fechadas e semi abertas, nas quais recolhemos informações sobre a idade das gestantes, as suas habilitações literárias, o seu estado civil, a idade gestacional, o número de filhos, o número de gravidezes prévias da gestante, o planeamento da gravidez, a participação ou não em sessões de preparação para o parto e os motivos que a levaram ou não a participar, as alterações emocionais vivenciadas durante a gravidez e os fatores que levaram a essas alterações, o número de exames médicos realizados durante a gravidez, e o envolvimento do pai do bebé na gravidez.

Para avaliar a ansiedade na grávida foi utilizado o Inventario da Ansiedade Estado - Traço de Speilberger (1972), validado e descrito em Portugal por Ponciano (1980). Este inventário é composto por duas escalas de auto-avaliação, que têm como grande finalidade medir a ansiedade estado e traço do indivíduo que está a preencher o inventário: (1) a escala S - Anxiety (ansiedade estado) é conseguida por um grupo de 20 itens que permitem perceber como se sentem as pessoas “nesse preciso momento”, uma vez que a noção de estado presente neste inventário supõe uma reação transitória, que está associada a uma vivência específica, que no presente trabalho é a gravidez; e (2) a escala T (ansiedade traço) tem como grande finalidade traduzir como se sentem habitualmente os sujeitos, nos quais a noção de traço supõe a estabilidade da reação ansiosa, é também composta por 20 itens.

Na totalidade o inventário é constituído por 40 itens, sendo cada um deles avaliado numa escala de um a quatro pontos, pelo que a nota quatro é indicadora de que estamos perante uma situação de elevado nível de ansiedade em dez itens da escala de ansiedade estado e 11 na escala de ansiedade traço. Consequentemente a mesma nota indica ausência de ansiedade para os restantes dez itens da ansiedade estado e nove da ansiedade traço.

Posteriormente, é feita a pontuação final de cada uma das escalas podendo os resultados oscilar entre 20 e 80. Este score será proporcional ao nível de ansiedade apresentado. No final serão considerados, em comparação com outros autores, os seguintes estados: (1) pouco

¹ Ver questionário em anexo 1.

ansiosa (até 33 pontos); (2) ansiosa (entre 33 a 54 pontos); e (3) muito ansiosa (acima dos 55 pontos) (Baptista, Baptista & Torres, 2006). É de referir que em cada sub-escala estão presentes quatro categorias de resposta:

- Sub-escala / Ansiedade Estado:

1. Nada
2. Um pouco
3. Moderadamente
4. Muito.

- Sub-escala / Ansiedade Traço:

1. Quase Nunca
2. Algumas vezes
3. Frequentemente
4. Quase sempre.

A forma de atribuir a pontuação consegue-se ao identificar previamente quais os itens que devem ser invertidos e quais os que devem ser cotados diretamente. Na sub-escala da ansiedade estado existem dez itens que devem ser invertidos; 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20. Na sub-escala da ansiedade traço existem nove itens que também devem ser invertidos: 21, 23, 26, 27, 30, 33, 34, 36 e 39. As questões de ordem inversa pontuam-se inversamente ao que o sujeito marca.

A opção pela aplicação deste instrumento esteve relacionada com a rapidez e facilidade com que esta escala é aplicada, o facto de este inventário permitir, através do resultado alcançado, uma avaliação objetiva da ansiedade estado na grávida e o estar aferido para a população portuguesa. Uma vez que se obtêm dois resultados, iguais ou diferentes, um de cada sub-escala, consideramos, tal como o autor propõe, a ansiedade estado e traço separadamente (Spielberger et al, 1983).

Para avaliar a funcionalidade familiar foi utilizado o Índice de Apgar Familiar desenvolvido por Smilkenstein (1978). Este questionário é constituído por cinco questões de resposta fechada, que permitem o conhecimento do estado de integridade funcional da família. A cada uma das questões correspondem as principais funções familiares descritas na fundamentação teórica: adaptação, participação, crescimento, afeto e decisão: (1) Adaptação: modo como os recursos existentes dentro e fora da família são partilhados ou, o grau de satisfação pela assistência recebida quando um dos membros tem de recorrer aos recursos da família; (2) Participação: modo como as decisões são partilhadas pelos membros da família ou, a satisfação de um dos membros pela reciprocidade na comunicação e pela solução de problemas; (3) Crescimento: modo como a maturidade é partilhada ou, a satisfação de um membro da família pela liberdade concedida para atingir a sua realização pessoal; (4) Afeto: modo como as experiências emocionais são partilhadas ou, a satisfação de um membro da

família com a intimidade e interação emocional existente na família; e (5) Decisão: modo como o tempo, o espaço e o dinheiro é partilhado ou, a satisfação de um membro da família com o aproveitamento dedicado á família pelos outros membros (Imperatori, 1985).

A grávida seleciona uma das três possíveis respostas para cada uma das questões da escala, às quais correspondem as seguintes pontuações: “Quase sempre” - dois valores; “Algumas vezes” - um valor e “Quase nunca” - zero valores. A soma das pontuações permite obter um resultado final, sendo que um resultado de sete a dez valores sugere uma família altamente funcional, de quatro a seis valores uma família com moderada disfunção e zero a três valores uma família com disfunção acentuada.

4.3.Procedimento

As aplicações foram diferentes consoante o local de recolha, no caso das USF, as aplicações foram feitas coletivamente nas sessões de PPP, e individualmente nas consultas de saúde materna, tendo sido neste ultimo caso, os questionários aplicados pelas Enfermeiras que colaboraram neste estudo. No caso dos Hospitais, a aplicação foi feita de forma individual enquanto as grávidas aguardavam o início das sessões de PPP, no caso do Hospital da Covilhã, e enquanto aguardavam a sua vez para a realização de exames no caso do HSM.

Em todos os casos, a aplicação do questionário foi feita após pedido de autorização aos responsáveis pela direção e/ou coordenação das USF abrangidas pelo estudo e às Comissões de ética, Presidentes dos Conselhos de Administração e Diretores de Serviço dos serviços Hospitalares do Hospitais envolvidos². Foi também elaborado um Consentimento livre e informado para as grávidas que voluntariamente se dispuseram a participar³.

Em relação à aplicação técnica das provas, foram aplicados testes piloto⁴, realizados na semana de 2 a 6 de Janeiro a doze grávidas, tendo sido possível constatar que a duração média do preenchimento de cada questionário foi de 15 minutos, não tendo o preenchimento deste questionário suscitado qualquer dúvida. Surgiu apenas uma questão relacionada com o

² Ver Anexo 2: Pedidos de autorização às Instituições colaboradoras.

³ Ver Anexo 3: Consentimento informado para as grávidas.

⁴ O teste piloto, na opinião de Polit e Hungler (1995), constitui uma forma para se determinar, na medida do possível, se o instrumento de colheita de dados está enunciado de forma clara, livre de tendências e se efetivamente fornece a informação que se pretende. Esta etapa é indispensável antes da aplicação definitiva do instrumento, para verificar a sua validade, precisão e detetar possíveis falhas.

consentimento livre e informado, uma vez que as participantes se sentiam constrangidas ao ter de rubricar o questionário, obrigando-nos a adotar um novo método, passando este por dar a folha de rosto separada do questionário, ao invés de a agrafar ao questionário, de forma a não ser possível qualquer ligação entre ambas.

Na fase posterior à aplicação dos testes piloto, e revistas todas as questões levantadas por estes, deu-se início à aplicação do questionário, do qual faziam parte, como referimos anteriormente, um breve questionário sociodemográfico, importante para a caracterização da amostra e controlo de variáveis como a idade, habilitações literárias, estado civil, informações específicas sobre a gestação, como o tempo de gestação, o número de gravidezes anteriores, o número de abortos prévios etc.; e dois instrumentos previamente aferidos e validados para a população Portuguesa, o STAI e o Apegar Familiar. O procedimento de aplicação incluiu uma breve introdução para a explicação dos objetivos de estudo, a leitura de instruções e o esclarecimento de dúvidas. Os questionários foram aplicados sem tempo limitado.

4.5. Metodologias

Tendo em conta que as hipóteses 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12 pressupõem testes a diferenças entre médias comparando dois grupos com determinadas características, o estudo aplica um teste *t-student* assumindo determinados pressupostos: independência entre grupos e distribuição amostral normal (Brooks, 2008). No entanto, como esses pressupostos são difíceis de se verificar, o estudo realizará posteriormente o teste Kolmogorov Smirnov para aferir da aplicabilidade do teste *t-student* (Lilliefors, 1969). Deste modo, a aplicação do *t-student* é precedida do teste de validação dos pressupostos de normalidade e independência através do K-S.

Para testar as hipóteses 2, 4 e 8, irá recorrer-se a uma ANOVA, visto se tratar de um teste estatístico que permite a Análise de Variância com um fator, quando se tratam de grupos modelados por distribuições Normais de igual variância, permitindo, conseqüentemente a comparação de médias entre os grupos (Lilliefors, 1969). Os testes e respetivos resultados foram realizados com recurso ao programa STATA (*Data Analysis and Statistic Software*), versão 11.0, tendo sido realizadas análises descritivas, correlações e estatística inferencial.

4.5. Definição de Variáveis

No geral, as hipóteses testam diversos efeitos sobre os resultados obtidos na Escala da Ansiedade Estado do STAI. Neste sentido, o estudo define como variável a explicar (variável de interesse ou dependente) o nível de ansiedade-estado - **AE**, que assume o valor 0 para grávidas pouco ansiosas, o valor 1 para grávidas ansiosas e o valor 2 para grávidas muito ansiosas.

No que concerne à **hipótese 1**, o estudo testa diferenças ao nível de AE entre grávidas no 3º trimestre de gestação com frequência nas sessões de PPP, com grávidas de igual período de gestação sem frequência nestas sessões. Com efeito, é utilizada como variáveis explicativas a variável **TRIM**, variável que assume valor 1, se a grávida se encontra no primeiro trimestre de gestação; 2 se encontra no segundo trimestre de gestação; ou 3 se esta se encontra no terceiro trimestre; e a variável **FREQ_PPP**, variável binária que assume o valor 0 caso a grávida não frequente as sessões de PPP; ou 1 caso esta frequente as sessões de PPP.

Na **Hipótese 2**, o estudo testa a diferença dos níveis de AE entre trimestres gestacionais. Por conseguinte define-se como variável explicativa a variável **TRIM**, variável que assume valor 1, se a grávida se encontra no primeiro trimestre de gestação; 2 se encontra no segundo trimestre de gestação; ou 3 se esta se encontra no terceiro trimestre.

Em relação à **hipótese 3**, o estudo testa o efeito da existência de episódios prévios de aborto em grávidas no 1º trimestre de gestação, nos níveis de AE. Por conseguinte define-se como variáveis explicativas a variável **ABORT** - variável binária para a existência de episódios prévios de aborto, que assume o valor 1 se a grávida já sofreu algum aborto previamente; e 0 se a grávida nunca sofreu nenhum aborto; e a variável **TRIM**, variável que assume valor 1, se a grávida se encontra no primeiro trimestre de gestação; 2 se encontra no segundo trimestre de gestação; ou 3 se esta se encontra no terceiro trimestre.

A **hipótese 4** testa o efeito que as habilitações literárias exercem nos níveis de AE. Neste sentido, definiu-se a variável **HAB**, variável que assume o valor 1 se a grávida tem o 1º Ciclo de estudos concluído; 2 se concluiu o 2º Ciclo; 3 se concluiu o 3º Ciclo; 4 se tem o ensino Secundário concluído; e 5 caso tenha um Curso Superior.

Para testar a **hipótese 5**, que testa a influência da funcionalidade familiar sobre os níveis de AE, definiu-se a variável explicativa **IAF**, que assume o valor 0 caso a grávida se encontre inserida numa família funcional; ou 1 caso se trate de uma família disfuncional.

Relativamente à **hipótese 6**, o estudo testa o efeito da idade nos níveis de AE. Por conseguinte define-se como variável explicativa a variável binária **ID**, que assume valor 1

quando a grávida tem uma idade acima da média e 0 quando esta tem uma idade inferior à média.

No que concerne à **hipótese 7**, o estudo tem por objetivo testar a existência de diferenças significativas para a variável AE entre grávidas primíparas e múltiparas cuja gravidez se trata de uma gravidez planeada. Neste sentido o estudo define como variáveis explicativas a variável **PRIM** - variável binária assumindo o valor 1 se se trata de uma primeira gravidez; ou 0 caso não se trate de uma primeira gravidez; e a variável **GP**, também esta variável binária que assume valor 1 caso se trate de uma gravidez planeada; ou 0 caso esta não tenha sido planeada.

Relativamente à **hipótese 8** o estudo testa o efeito de um quadro ansioso prévio sobre os níveis de AE. Por conseguinte define-se a variável explicativa a variável binária **AT**-ansiedade-traço, que assume valor 1 caso se tratem de grávidas com personalidade pouco ansiosa; 0 caso se tratem de pessoas com traços ansiógenos muito vincados ou seja, pessoas muito ansiosas.

No que se refere à **hipótese 9**, o estudo testa o efeito dos resultados dos exames realizados nos níveis de AE. Para isso definiu-se a variável **EXAMES**, variável binária que assume valor 1 caso a grávida refira que os resultados dos exames realizados podem, de alguma forma, levar a alterações emocionais; ou 0 caso esta não encontre qualquer ligação entre os resultados dos exames e as alterações emocionais sentidas.

Na **hipótese 10**, testou-se a influência da aproximação da data provável de parto sobre os níveis de AE. Para isso definiu-se a variável **APROX_PARTO**, variável binária que assume valor 1 caso a grávida refira que o aproximar da data provável de parto pode, de alguma forma, levar a alterações emocionais; ou 0 caso esta não encontre qualquer ligação entre o aproximar da data de parto e as alterações emocionais sentidas.

Relativamente à **hipótese 11**, testou-se a influência que a falta de informação exerce nos níveis de AE. Para isso definiu-se a variável **LACK_INF**, variável binária que assume valor 1 caso a grávida refira que a falta de informação pode, de alguma forma, levar a alterações emocionais; ou 0 caso esta não encontre qualquer ligação entre a falta de informação e as alterações emocionais sentidas.

Por ultimo, na **hipótese 12**, testou-se a influência do envolvimento do pai do bebé nos níveis de AE. Por conseguinte definiu-se a variável **ENV_PAI**, variável binária que assume valor 1 caso a grávida considere que o pai tem mantido uma postura ativa ao longo da sua gravidez; ou 0 caso esta não considere que o pai se tenha vindo a envolver n o período gestacional.

A tabela 2 sistematiza a definição das variáveis.

Tabela 2: Definição de Variáveis

<i>Variável explicada</i>	
AE	Nível de Ansiedade- Estado
<i>Variáveis explicativas</i>	
TRIM	variável dummy que assume tres valores, que assume valor 1 para grávidas que se encontrem no 1º trimestre, valor 2 para grávidas que se encontrem no 2º trimestre e valor 3 para grávidas de 3º trimestre
FREQ_PPP	variável binária: 1 se frequenta sessões de PPP; 0 se não frequenta.
ABORT	variável binária: 1 se já sofreu algum aborto; 0 se nunca sofreu abortos.
HAB	variável dummy que assume cinco valores, que assume valor 1 se a grávida tem o 1º Ciclo de estudos concluído; 2 se concluiu o 2º Ciclo; 3 se concluiu o 3ºCiclo; 4 se tem o ensino Secundário concluído; e 5 caso tenha um Curso Superior.
IAF	variável binária: 1 se a grávida pertença a uma familia disfuncional, 0 se a grávida se pertence a uma familia funcional.
ID	variavel binária: 1 se idade da grávida acima da média; 0 se a idade da grávida inferior à média.
GP	variável binária: 1 se se trata de uma gravidez planeada; 0 se não foi uma gravidez planeada.
PRIM	variável binária: 1 se se trata de uma primeira gravidez; 0 se não é uma primeira gravidez.
AT	variável binária: 1 se se trata de pessoas com personalidade pouco ansiosa; 0 se se trata de pessoas com traços ansiógenos muito vincados ou seja, pessoas muito ansiosas.
EXAMES	variável binária: 1 se a grávida refere que os resultados dos exames realizados podem, de alguma forma, levar a alterações emocionais; 0 se não encontra nenhuma ligação entre estes fatores.
APROX_PARTO	variável binária: 1 se a grávida refere que o aproximar da data provável de parto pode, de alguma forma, levar a alterações emocionais; 0 se não encontra nenhuma ligação entre estes fatores.
LACK_INF	variável binária: 1 se a grávida refere que a falta de informação pode, de alguma forma, levar a alterações emocionais; 0 se não encontra nenhuma ligação entre estes fatores.
ENV_PAI	variável binária: 1 se o pai do bebé mantem ums postura ativa face á gravidez; 0 se não se envolve na gravidez.

A **tabela 3** apresenta as hipóteses do estudo de forma articulada com as variáveis usadas nos testes de hipóteses.

Tabela 3. Sistematização de hipóteses metodologia e variáveis a testar

Hipoteses	Descrição	Variável Explicada	Variável Explicativa	Teste estatístico	
1	As grávidas no 3º Trimestre de gestação com frequência nas sessões de PPP, apresentam níveis de Ansiedade estado inferiores às grávidas em igual período de gestação mas sem frequência nas sessões de PPP	AE	TRIM; FREQ_PPP	t-student entre médias)	(diferença
2	Existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da Ansiedade estado entre trimestres	AE	TRIM	ANOVA	
3	As grávidas com episódios prévios de aborto e que se encontram no 1º Trimestre de gestação apresentam níveis de Ansiedade estado superior às grávidas em igual período de gestação sem episódios prévios de aborto	AE	TRIM; ABORT	t-student entre médias)	(diferença
4	As grávidas com menores habilitações literárias apresentam níveis mais altos de Ansiedade estado em relação às grávidas com habilitações literárias superiores	AE	HAB	ANOVA	
5	As grávidas que pertencem a famílias sem disfunção apresentam níveis de Ansiedade estado inferiores às demais	AE	IAF	t-student entre médias)	(diferença
6	As grávidas com idades mais avançadas apresentam níveis inferiores de Ansiedade estado em relação às grávidas com idades inferiores	AE	ID	t-student entre médias)	(diferença
7	As grávidas primíparas cuja gravidez foi planeada apresentam níveis de estado Ansiedade menores que as grávidas primíparas cuja gravidez não foi planeada	AE	PRIM; GP	t-student entre médias)	(diferença
8	As grávidas que apresentam níveis inferiores de ansiedade-traço apresentam níveis inferiores de Ansiedade estado comparativamente às demais	AE	AT	t-student entre médias)	(diferença
9	Existem diferenças estatisticamente significativas do nível de Ansiedade estado em relação à espera dos resultados dos exames médicos realizados	AE	EXAMES	t-student entre médias)	(diferença
10	As grávidas que se encontram a nível temporal mais próximas da data provável de parto apresentam níveis de Ansiedade Estado superiores às demais	AE	APROX_PARTO	t-student entre médias)	(diferença
11	As grávidas que afirmam não possuir conhecimento suficientes acerca do seu estado gravídico apresentam níveis de Ansiedade Estado superior às demais	AE	LACK_INF	t-student entre médias)	(diferença
12	As grávidas que reconhecem o envolvimento por parte do pai do bebé na gravidez, apresentam níveis de Ansiedade Estado inferiores às demais	AE	ENV_PAI	t-student entre médias)	(diferença

Capítulo 5: Resultados

Neste capítulo o estudo apresenta os resultados acerca dos testes de hipóteses definidos e sintetizados na tabela 3. Assim, antes de mais, é importante fazer a análise descritiva das variáveis relacionadas nas devidas hipóteses.

5.1. Análise descritiva

Da análise da Tabela 4 conclui-se que a amostra é constituída por cento e noventa indivíduos aos quais foi aplicado o questionário atrás descrito. As grávidas inquiridas apresentaram, em média, um resultado próximo de 1, em relação á variável AE, o que se traduz, em média, numa amostra ansiosa.

Tabela 4. Estatísticas descritivas

<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
AE	190	0,73	0,53	0	2
FREQ_PPP	190	0,48	0,50	0	1
TRIM	190	2,53	0,70	1	3
ABORT	190	0,15	0,36	0	1
HAB	190	4,03	1,04	1	5
IAF	189	1,10	0,37	1,00	3,00
ID	188	30,19	4,76	19	42
GP	189	0,76	0,43	0	1
AT	190	0,43	0,50	0	1
EXAME	190	0,25	0,43	0	1
APROX_PARTO	190	0,19	0,40	0	1
LACK_INF	190	0,03	0,18	0	1
ENV_PAI	190	0,97	0,16	0	1

Tal como se pode observar na tabela 1, eferente À caracterização da amostra, é possível verificar que existe um maior número de grávidas que se encontra no terceiro trimestre de gestação (N= 123), comparativamente com as grávidas que se encontram no primeiro (N=22) ou no segundo trimestre (N= 45). Consequentemente, visto a maioria das grávidas inquiridas se encontrar acima das 28 semanas de gestação, a maioria delas frequenta sessões de PPP, uma vez que já se encontram em circunstâncias que lhes permitem participar e de este ser já um serviço disponibilizado por quase todos os Centros de Saúde e Hospitais públicos do País.

Em relação à idade das grávidas (**ID**), verifica-se que para um N= 188, a média é de cerca de 30 anos de idade (Média= 30.19), variando a amostra entre os 19 e os 42 anos de idade. Quanto à variável **ABORT**, analisando a tabela verificou-se que a maioria das grávidas não

sofreu nenhum aborto, sendo que, segundo a tabela 1, 84.7% das grávidas refere não ter sofrido nenhum aborto.

Relativamente às habilitações literárias (**HAB**), fazendo novamente comparação com a tabela 1, percebe-se que 73.7% das grávidas têm o ensino secundário e/ou o ensino superior concluído, sendo que apenas 8.4% das grávidas têm apenas o 1º ou o 2º Ciclo de estudos, o que nos remete para uma amostra com bons níveis de formação.

No que concerne à variável **IAF**, conclui-se que na sua maioria as grávidas percecionam as suas famílias como capazes de ajuda-las e apoiá-las perante adversidades e situações concretas que lhe vão surgindo, tratando-se por isso, na sua maioria de famílias altamente funcionais (N= 176). Neste seguimento, em relação ao apoio e envolvimento do pai do bebé na gravidez, também a maioria das grávidas refere que este se envolve e que mostra preocupação em acompanhar e estar sempre a par de tudo o que acontece com ela e com o bebé.

Em relação ao planeamento da gravidez (**GP**), a maioria das grávidas refere se tratar de uma gravidez planeada, sendo que apenas 23.8% refere não se ter planeado a gravidez.

Por fim, segundo a tabela acima verifica-se que em média as grávidas inquiridas se tratam de pessoas pouco ansiosas, não se tratando de pessoas que, mesmo antes de engravidar, apresentassem altos níveis de ansiedade.

5.2. Resultados Empíricos

5.2.1. Análise de correlações

Antes de verificar os resultados produzidos pelos testes de hipóteses, o estudo apresenta, na tabela 5, uma matriz parcial de **correlações de Pairwise** (não paramétrico) para cada relação implícita nas hipóteses definidas. Esta tabela permite ter uma perceção genérica sobre as correlações (*rho*) entre pares de variáveis e a sua significância (*p*) estatística. Note-se que a análise de correlações não substitui os testes de hipóteses, tal qual definidas.

Tabela 5. - Correlações Pairwise

Hipoteses	Variáveis	<i>rho</i>	<i>p</i>	
1	AE:FREQ_PPP	-0,01	0,93	
2	AE: TRIM	0,06	0,42	
3	AE:ABORT	0,08	0,29	
4	AE:HAB	-0,06	0,38	
5	AE: IAF	0,10	0,16	
6	AE:ID	0,02	0,78	
7	AE:GP	-0,19	0,01	*
8	AE:AT	-0,50	0,00	*
9	AE:EXAME	0,15	0,04	**
10	AE: APROX_PARTO	0,25	0,00	*
11	AE: LACK_INF	0,21	0,00	*
12	AE: ENV_PAI	0,04	0,56	

** correlação significativa a 5%; * correlação significativa a 1%.

Através da tabela anterior verificou-se que a correlação negativa entre **FREQ_PPP** e **AE** não é significativa ($\rho = -0.01$, $p > 0.05$); o mesmo se passa em relação à variável **HAB** ($\rho = -0.06$, $p > 0.05$), resultados que não sustentam a razoabilidade da hipótese 1 e da hipótese 4 respetivamente. Em relação às variáveis **TRIM** ($\rho = 0.06$, $p > 0.05$), **ABORT** ($\rho = 0.08$, $p > 0.05$), **IAF** ($\rho = 0.10$, $p > 0.05$), **ID** ($\rho = 0.02$, $p > 0.05$) e **ENV_PAI** ($\rho = 0.04$, $p > 0.05$), estas encontram-se positivamente correlacionada com a variável **AE**. No entanto estas correlações não são significativas, não sustentando por isso as hipóteses 2, 3, 5, 6 e 12.

No que concerne à correlação entre as variáveis **AE** e **GP** observou-se um coeficiente de correlação negativo ($\rho = -0.19$) significativo a um nível 1% ($p = 0.01$). Este resultado sustenta a razoabilidade da hipótese 7, testada adiante. Assim, as gravidezes planeadas estão significativamente correlacionadas com menores níveis de **AE**.

No que diz respeito à relação entre os níveis de Ansiedade traço e os níveis de Ansiedade estado (**AT** e **AE**), à semelhança dos fundamentos que estão na origem da hipótese 7, a correlação obtida no caso **AE:AT** é negativamente significativa ($\rho = -0.50$, $p = 0.00$). Assim

existem evidências empíricas que levam a afirmar que quanto maiores os níveis de AT menores são os níveis de AE, o que contraria os fundamentos que estão na origem da hipótese 8.

Sob a hipótese 9, verificou-se que a correlação entre **AE** e **EXAMES** é positiva e significativa, sustentando por isso a proposição do teste da hipótese 9 ($\rho = 0.15$, $p = 0.04$). Neste sentido, existem evidências estatísticas que permitem afirmar a existência de uma correlação positiva entre a espera dos resultados dos exames médicos realizados e os níveis de Ansiedade estado.

No que diz respeito às correlações entre **APROX_PARTO** e **AE** existem evidências para uma correlação positiva estatisticamente significativa a um nível 1% ($\rho = 0.25$, $p = 0.00$), resultado que sustenta a hipótese teste 10. Em semelhança, sob a hipótese 11, verificou-se que a correlação entre **AE** e **LACK_INF** é positiva e estatisticamente significativa ($\rho = 0.21$, $p = 0.00$), o que vai de encontro aos fundamentos que sustentam esta hipótese. Neste sentido, pode afirmar-se que os altos níveis de Ansiedade estado (**AE**) estão significativamente relacionados com a aproximação da data de parto (**APROX_PARTO**) e com a falta de informação sentida por parte da grávida (**LACK_INF**).

5.2.2. Teste de Hipóteses

Depois de, acima, o estudo ter abordado as correlações existentes entre as dimensões em estudo, este ponto tratará de testar, efetivamente, as hipóteses definidas.

Para testar se as observações seguem uma distribuição independente e normal, utiliza-se o teste Kolmogorov- Smirnov (KS) (Lilliefors, 1969). Partindo do facto de que a hipótese nula do teste garante a normalidade da distribuição⁵, a **tabela 6**, resume os resultados do teste KS para as hipóteses que foram submetidas ao teste de diferenças de médias (*t-student*).

⁵ A hipótese nula é dada por, **H₀**: $X \approx F_0$

Tabela 6. Teste Kolmogorov-Smirnov para normalidade da amostra

	Grupo mais pequeno		D	p	corrigido
Hip 1	FREQ_PPP	0	0,01	0,99	
		1	-0,02	0,97	
	<i>Combinado K-S:</i>		0,02	1,00	1,00
Hip3	ABORT	0	0,08	0,72	
		1	0,00	1,00	
	<i>Combinado K-S:</i>		0,08	0,99	0,99
Hip 5	IAF	0	0,16	0,78	
		1	0,00	1,00	
	<i>Combinado K-S:</i>		0,16	1,00	1,00
Hip 6	ID	0	0,08	0,57	
		1	-0,16	0,98	
	<i>Combinado K-S:</i>		0,08	0,94	0,92
Hip 7	GP	0	0,00	1,00	
		1	-0,17	0,14	
	<i>Combinado K-S:</i>		0,17	0,28	0,22
Hip 8	AT	0	0,00	1,00	
		1	-0,46	0,00	
	<i>Combinado K-S:</i>		0,46	0,00	0,00
Hip 9	EXAME	0	0,19	0,09	
		1	0,00	1,00	
	<i>Combinado K-S:</i>		0,19	0,17	0,13
Hip 10	APROX_PART O	0	0,28	0,01	
		1	0,00	1,00	
	<i>Combinado K-S:</i>		0,28	0,02	0,01
Hip 11	LACK_INF	0	0,32	0,30	
		1	0,00	1,00	
	<i>Combinado K-S:</i>		0,32	0,59	0,44
Hip 12	ENV_PAI	0	0,09	0,92	
		1	0,00	1,00	
	<i>Combined K-S:</i>		0,09	1,00	1,00

Através da **tabela 6**, que reporta os resultados do teste KS, conclui-se que se aceita a hipótese nula de que as observações são contínuas e seguem uma distribuição normal para todas as hipóteses de diferenças de médias testadas, com exceção das hipóteses 8 e 10. Nestes dois últimos casos a probabilidade corrigida do teste KS é de aproximadamente 0 % e 1%, respetivamente, aceitando-se a hipótese alternativa de não normalidade (para $p < 0.05$), utilizando-se por essa razão um teste alternativo não paramétrico, que neste caso será o Teste de U Mann-whitney (Ruxton, 2006). Este teste é, como refere o autor, frequentemente utilizado na ausência do pressuposto de normalidade da amostra, usando análise de variâncias para validação de diferenças entre amostras. Assim sendo, este estudo faz uso deste teste para testar as hipóteses 8 e 10, cuja rejeição da hipótese nula do teste KS compromete a aplicabilidade do teste t-student. Consequentemente as tabelas 14 e 16, apresentadas no decorrer deste capítulo reportam os testes às hipóteses 8 e 10 pelo método de *U Mann-Whitney*.

“Hipótese 1): As grávidas no 3º Trimestre de gestação com frequência nas sessões de PPP, apresentam níveis de Ansiedade estado inferiores às grávidas em igual período de gestação mas sem frequência nas sessões de PPP”

Tabela 7. Teste t-student para diferença de médias para hipótese 1

	AE	n	Média	D.P.	t-student	Prob(T > t)
FREQ_PPP TRIM=3	0	38	0,76	0,56		
	1	85	0,75	0,51		
	Diff:		0,01			
	N	123	H0: diff=mean(0)-mean(1)		0,10	0,92

D.P. - Desvio-Padrão

Analisando os resultados apresentados na **tabela 7** conclui-se que as grávidas no terceiro trimestre de gravidez que frequentas sessões de PPP, apresentam níveis de ansiedade estado médios (0.75) inferiores aos apresentados pelas grávidas em igual período de gestação que não frequentas as sessões de PPP. Este resultado não é, no entanto, estatisticamente significativo uma vez que, para uma estatística $t(121)^6=0.10$, $p= 0.92$. Rejeita-se, portanto, a **hipótese 1**.

“Hipótese 2): Existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da Ansiedade estado entre trimestres”

Tabela 8. Teste ANOVA para diferença de variâncias para hipótese hipótese 2

	AE	Análise de Variância			F-snedcor	Prob(Z > z)
		SS	df	MS		
TRIM	Entre grupos	0.21	2	0.11		
	Fora dos grupos	53.20	187	0.28		
			H0: var(1)=var(2)=var(3)		0.37	0.609

Analisando os resultados apresentados na **tabela 8** conclui-se que rejeitamos a hipótese alternativa de diferenças estatisticamente significativas ao nível das variâncias entre trimestres (estatística $F=0.37$; $p>0.05$)

⁶ T(n-2)

“Hipótese 3): As grávidas com episódios prévios de aborto e que se encontram no 1º Trimestre de gestação apresentam níveis de Ansiedade estado superior às grávidas em igual período de gestação sem episódios prévios de aborto”

Tabela 9. Teste t-student para diferença de médias para hipótese 3

	AE	n	Média	D.P.	t-student	Prob(T > t)
ABORT TRIM=1	0	19	0,63	0,50		
	1	3	1,00	1,00		
	Diff:		-0,37			
	N	22	H0: diff=mean(0)-mean(1)		-1,05	0,31

D.P.- Desvio-Padrão

Analisando os resultados apresentados na **tabela 9** conclui-se que as grávidas no primeiro trimestre de gravidez que sofreram episódios prévios de aborto, apresentam níveis de ansiedade estado médios (1.00) superiores aos apresentados pelas grávidas em igual período de gestação que não sofreram episódios prévios de aborto (0.63). Este resultado não é, no entanto, estatisticamente significativo uma vez que, para uma estatística $t(20) = -1.05$, $p = 0.31$. Rejeita-se, portanto, a **hipótese 3**.

“Hipótese 4): As grávidas com menores habilitações literárias apresentam níveis mais altos de Ansiedade estado em relação às grávidas com habilitações literárias superiores”

Tabela 10. Teste ANOVA para diferença de variâncias para hipótese hipótese 4

	AE	Análise de Variância			F-snedcor	Prob(Z > z)
		SS	df	MS		
HAB	Entre grupos	0.33	4	0.84		
	Fora dos grupos	52.98	185	0.29		
H0: var(1)=var(2)=var(3)=var(4)=var(5)					0.29	0.88

D.P.- Desvio-Padrão

Analisando os resultados apresentados na **tabela 10** conclui-se rejeitamos a hipótese alternativa de diferenças estatisticamente significativas ao nível das variâncias entre trimestres (estatística $F=0.29$; $p>0.05$)

“Hipótese 5): As grávidas que pertencem a famílias sem disfunção apresentam níveis de Ansiedade estado inferiores às demais”

Tabela 11. Teste t-student para diferença de médias para hipótese 5

	AE	n	Média	D.P.	t-student	Prob(T > t)
IAF	0	184	0,72	0,39		
	1	5	1,00	0,32		
	Diff:		-0,28			
N		189	H0: diff=mean(0)-mean(1)		-1,15	0,25

D.P.- Desvio-Padrão

Analisando os resultados apresentados na **tabela 11** conclui-se que as grávidas que pertencem a famílias não disfuncionais, apresentam níveis de ansiedade estado médios (0.72) inferiores aos apresentados pelas grávidas que pertencem a famílias disfuncionais (1.00). Este resultado não é, no entanto, estatisticamente significativo uma vez que, para uma estatística $t(187) = -1.15$, $p = 0.25$. Rejeita-se, portanto, a **hipótese 5**.

“Hipótese 6): As grávidas com idades mais avançadas apresentam níveis inferiores de Ansiedade estado em relação às grávidas com idades inferiores”

Tabela 12. Teste t-student para diferença de médias para hipótese 6

	AE	n	Média	D.P.	t-student	Prob(T > t)
ID	0	100	0,70	0,56		
	1	88	0,76	0,53		
	Diff:		-0,06			
N		188	H0: diff=mean(0)-mean(1)		0,79	0,43

D.P.- Desvio-Padrão

Analisando os resultados apresentados na **tabela 12** conclui-se que as grávidas que têm uma idade superior à média apresentam níveis de ansiedade estado médios (0.76) superiores aos apresentados pelas grávidas cuja a idade se encontra abaixo da média de idades (0.70). Este resultado não é, no entanto, estatisticamente significativo uma vez que, para uma estatística $t(186) = 0.79$, $p = 0.43$. Rejeita-se, portanto, a **hipótese 6**.

“Hipótese 7): As grávidas primíparas cuja gravidez foi planeada apresentam níveis de estado Ansiedade menores que as grávidas primíparas cuja gravidez não foi planeada”

Tabela 13 . Teste t-student para diferença de médias para hipótese 7

	AE	n	Média	D.P.	t-student	Prob(T > t)
GP PRIM=1	0	26	0,96	0,11		
	1	92	0,61	0,55		
	Diff:		0,35			
	N	118	H0: diff=mean(0)-mean(1)		2,82	0,01

D.P. - Desvio-Padrão

Analisando os resultados apresentados na **tabela 13** conclui-se que as grávidas primíparas cuja gravidez foi planeada apresentam níveis de ansiedade estado médios (0.61) inferiores aos apresentados pelas grávidas em igual período gestacional cuja gravidez não foi planeada (0.96). Este resultado é estatisticamente significativo uma vez que, para uma estatística $t(116) = 2.82$, as diferenças entre médias têm uma probabilidade associada inferior a 5% ($p=0.01$). Verifica-se, portanto, a **hipótese 7**.

“Hipótese 8): As grávidas que apresentam níveis inferiores de ansiedade-traço apresentam níveis inferiores de Ansiedade estado comparativamente às demais”

Tabela 14. Teste de U Mann-Whitney para hipótese 8

	AE	n	Média	Esperado
AT	0	108	0,96	10314,00
	1	82	0,43	7831,00
<i>combinado</i>		190	1,39	18145,00
<i>variância não ajustada</i>		140958		
<i>variância ajustada</i>		98487,18		
<i>H0: AT(0)=AT(1)</i>				
				z
				6,97
				Prob> z
				0,00

Analisando os resultados apresentados na **tabela 14** rejeita-se a hipótese nula de igualdade observações para uma estatística $z = 6.97$, correspondendo uma possibilidade associada de $p = 0.00$, significativo a um nível de 1%. No entanto rejeita-se a hipótese 8, uma vez que segundo a mesma os níveis de AE seriam maiores quanto maiores os níveis de AT, o que é contrariado empiricamente.

“Hipótese 9): Existem diferenças estatisticamente significativas do nível de Ansiedade estado em relação à espera dos resultados dos exames médicos realizados”

Tabela 15. Teste t-student para diferença de médias para hipótese 9

	AE	n	Média	D.P.	t-student	Prob(T > t)
EXAME	0	143	0,69	0,46		
	1	47	0,87	0,65		
	Diff:		-0,18			
	N	190	H0: diff=mean(0)-mean(1)		-2,11	0,04

D.P. - Desvio-Padrão

Analisando os resultados apresentados na **tabela 15** conclui-se que as grávidas referem que a espera pelos resultados dos exames as leva a sentirem-se ansiosas apresentam níveis de ansiedade estado médios (0.87) superiores aos apresentados pelas grávidas que não fazem essa referência (0.69). Este resultado é estatisticamente significativo uma vez que, para uma estatística t(188) =-2.11, as diferenças entre médias têm uma probabilidade associada inferior a 5% (p=0.04). Verifica-se, portanto, a **hipótese 9**.

“Hipótese 10): As grávidas que se encontram a nível temporal mais próximas da data provável de parto apresentam níveis de Ansiedade Estado superiores às demais”

Tabela 16. Teste de U Mann-Whitney para hipótese 10

	BPR	n	Média	Esperado	
APROX_PART 0	0	153	0,67	14611,50	
	1	37	1,00	3533,50	
	combinado		190	1,67	
variância não ajustada		90104,25			
variância ajustada		-27148,52			
H0: APROX_PARTO(0)=APROX_PARTO(1)					
				z	-3,46
				Prob> z	0,00

Analisando os resultados apresentados na **tabela 16** rejeita-se a hipótese nula de igualdade observações para uma estatística z= -3.46, correspondendo uma possibilidade associada de p= 0.00, significativo a um nível de 1%. Verifica-se, portanto a hipótese 10.

“Hipótese 11): As grávidas que afirmam não possuir conhecimento suficientes acerca do seu estado gravídico apresentam níveis de Ansiedade Estado superior às demais”

Tabela 17. Teste t-student para diferença de médias para hipótese 11

	AE	n	Média	D.P.	t-student	Prob(T > t)
LACK_INF	0	184	0,71	0,04		
	1	6	1,33	0,21		
	Diff:		-0,62			
	N	190	H0: diff=mean(0)-mean(1)		-2,87	0,01

D.P.- Desvio-Padrão

Analisando os resultados apresentados na **tabela 17** conclui-se que as grávidas referem que a falta de informação as leva a sentirem-se ansiosas e apresentam níveis de ansiedade estado médios (1.33) superiores aos apresentados pelas grávidas que não fazem essa referência (0.71). Este resultado é estatisticamente significativo uma vez que, para uma estatística $t(188) = -0.62$, as diferenças entre médias têm uma probabilidade associada inferior a 5% ($p=0.01$). Verifica-se, portanto, a **hipótese 11**.

“Hipótese 12): As grávidas que reconhecem o envolvimento por parte do pai do bebé na gravidez, apresentam níveis de Ansiedade Estado inferiores às demais”

Tabela 18. Teste t-student para diferença de médias para hipótese 12

	AE	n	Média	D.P.	t-student	Prob(T > t)
ENV_PAI	0	5	0,60	0,24		
	1	185	0,74	0,04		
	Diff:		-0,14			
	N	190	H0: diff=mean(0)-mean(1)		-0,56	0,56

D.P.- Desvio-Padrão

Analisando os resultados apresentados na **tabela 18** conclui-se que as grávidas que reconhecem o envolvimento do pai do bebé na gravidez apresentam níveis de ansiedade estado médios (0.74) superiores aos apresentados pelas grávidas que não reconhecem o envolvimento do pai (0.60). Este resultado não é, no entanto, estatisticamente significativo uma vez que, para uma estatística $t(188) = -0.56$, $p= 0.56$. Rejeita-se, portanto, a **hipótese 12**.

Capítulo 6 - Discussão de resultados

Este estudo contribuiu principalmente para uma abordagem da relação da gravidez com a psicopatologia, no geral e com a sintomatologia ansiosa em particular no contexto português. Considerando tratar-se de um campo de pesquisa recente, uma vez que grande maioria das pesquisas existentes abordam particularmente a sintomatologia depressiva neste período, esperamos que este trabalho possa lançar o desenvolvimento de mais pesquisas e estudos empíricos na área.

A ideia de que o período gestacional pode levar a grandes alterações psicológicas e emocionais na mulher grávida, sendo que estas alterações podem acarretar diversas consequências negativas para a mãe e para o bebé, foi a motivação principal da pesquisa levada a cabo nesta investigação. Neste sentido, a escolha dos instrumentos utilizados teve em consideração as características da população em estudo, pois apesar de não se tratarem de instrumentos específicos para puérperas, tratam-se de instrumentos que pela sua natureza e simplicidade podem ser facilmente aplicados a esta população em específico. Com a utilização, em particular do STAI, foi possível trabalhar-se os resultados comparando os níveis de ansiedade traço, dando-nos a conhecer se se tratava de uma mulher ansiosa, antes de engravidar. Foi possível também, com o uso deste instrumento analisar os níveis de ansiedade estado, permitindo-nos perceber se o momento específico pelo qual a mulher está a passar contribui ou não para o aumento dos níveis de ansiedade. Por esta razão pareceu-nos de todo pertinente o uso deste instrumento, que apesar de não ser específico para o período gestacional, se encontra aferido para a população portuguesa, sendo facilmente moldado para a população específica em estudo (Spielberger et al, 1983).

Neste estudo, à semelhança de pesquisas anteriores como as de Rautava (1989), Keen-Payne & Bond (1997), Costa & Figueiredo (2003), Ferronha & Vieira (1988), entre outros, referenciados anteriormente, foram testadas as relações entre os níveis de ansiedade estado (AE) com diversos fatores como a idade, habilitações literárias, frequência das sessões de PPP, trimestre gestacional no qual a grávida se encontra e existência de episódios prévios de aborto, o número de gravidezes anteriores, a aproximação da data de parto, o envolvimento por parte do pai e do núcleo familiar próximo, e os níveis de ansiedade traço.

No que respeita à participação das grávidas nos cursos de PPP, tal como descrito na **tabela 7**, a grande maioria das grávidas que se encontram no terceiro trimestre de gestação (com idade gestacional superior a 28 semanas), frequenta sessões de PPP. Falamos em grávidas com idade gestacional superior a 28 semanas visto este ser um critério de admissão para a frequência dos cursos. Tal como previsto em estudos anteriores, como o de Ferronha & Vieira (1988) e o de Falcone et al (2003), as grávidas que frequentam estas sessões apresentam níveis inferiores de AE. No entanto, estes resultados não se revelam significativos neste

estudo. Deste modo, não é possível afirmar a existência de uma influência significativa entre a frequência em cursos de PPP e uma redução dos níveis de ansiedade estado. No entanto, é possível concluir que atualmente grande parte das mulheres grávidas opta por participar e integrar grupos de esclarecimento de dúvidas e de preparação, como são os grupos de PPP. É notório também que cada vez mais existe a preocupação por parte dos profissionais de saúde em dinamizar e criar grupos de PPP, uma vez que em seis locais de recolha da amostra, 4 tinham grupos de PPP.

Em relação à diferença dos níveis de AE entre trimestres, seria de esperar uma diferença significativa do segundo trimestre para o primeiro e terceiro trimestre, uma vez que estes últimos são descritos por diversos autores, como Pacheco et al (2005), Ferronha & Vieira (1988), Canavarro, (2001), Justo (1986), Santos (1998) e Cordeiro (1986), como sendo aqueles em que a grávida experiencia maiores níveis de ansiedade estado, pelas particularidades que cada um apresenta. No entanto, ao analisar os resultados obtidos não é possível afirmar a existência de uma diferença estatisticamente significativa, o que vai de encontro aos resultados obtidos por Little et al (1982), que após vários estudos não encontrou diferenças significativas nos níveis de ansiedade ao longo da gravidez (Opeenheim, 1985). Um facto que pode ter condicionado os resultados prende-se com a grande homogeneidade dos dados, pois como se encontra descrito na **tabela 1**, 64.7% da amostra encontra-se no terceiro trimestre, sendo os restantes 35.3% divididos entre o primeiro e segundo trimestre, não estando por isso salvaguardados os princípios da representatividade.

No que concerne à relação entre os níveis de ansiedade estado e a existência de episódios prévios de aborto, tal como previsto por Opeenheim (1985), os resultados indicam que mulheres que já sofreram abortos apresentam níveis mais elevados de AE. No entanto, à semelhança do que aconteceu com as relações anteriores, também nesta os resultados não permitem concluir uma influência significativa entre variáveis independentes. Também nesta situação o número de mulheres que sofrera abortos anteriormente (15.3%) é muito inferior às mulheres sem esta experiência (84.7%), o que de alguma forma pode ter condicionado os resultados visto não se tratar de uma amostra heterogénea neste aspeto.

No que respeita ao nível de escolaridade, também não foi possível encontrar diferenças significativas entre grupos, pois apesar de alguns autores, como Conde & Figueiredo (2003) e Lighfoot, Keeling & Wilton (1982), afirmarem que níveis mais baixos de escolaridade se encontravam associados a níveis mais elevados de ansiedade, os resultados não se revelem significativos. Este resultado pode estar associado ao facto de o conhecimento das grávidas com menores habilitações literárias, estar muitas vezes associado aos conhecimentos do senso comum, baseado, muitas vezes, em modelos de grávidas com as quais mantêm contacto no seu quotidiano, conhecimento do “ouvi dizer”, como refere Ferronha & Vieira (1988).

Em relação à comparação feita relativa à funcionalidade familiar, mais uma vez os resultados, apesar de irem de encontro ao documentado na literatura, mostram que as grávidas que apresentam maior suporte e apoio de pessoas significativas, apresentam uma maior estabilidade emocional e por consequência níveis mais baixos de ansiedade (Coutinho, et al 2002; Leal, 2005; Oliveira, 2006; Pacheco, et al 2005), não sendo possível afirmar uma influência significativa entre a funcionalidade familiar e os níveis de ansiedade, uma vez que os resultados não são significativos. Mais uma vez estes resultados podem ser justificados com o facto de apenas uma pequena percentagem referir a sua família com não sendo funcional (6.8%), sendo apenas esta percentagem que refere não se encontrar satisfeita com o apoio e compreensão mostrada pelos membros do núcleo familiar. Esta diferença de percentagens, permite, no entanto uma interpretação muito positiva, uma vez que na sua maioria as grávidas interpretam o seu núcleo familiar com sendo uma fonte de apoio e compreensão que a acompanha neste período específico que é a gravidez.

No que respeita à relação entre a idade das gestantes e os níveis de AE apresentados por elas, os resultados, apesar de não serem significativos contrariam o defendido por vários autores, como Conde & Figueiredo (2003), que afirmam que as grávidas mais novas tendem a ser mais ansiosas. Este resultado pode ser justificado se atentarmos no panorama nacional, em que se é mãe pela primeira vez cada vez mais tarde, sendo que as principais preocupações e os principais medos se prendem com o facto de grávida ter já uma idade considerável e com os riscos associados a este facto e não tanto com a falta de maturidade e de preparação para assumir aquele que será o seu papel de mãe. Neste sentido, talvez estejamos a caminho de uma inversão a este nível. No entanto, uma vez mais, os resultados obtidos não são significativos, não sendo possível tirar ilações objetivas sobre o fator idade.

Relativamente aos efeitos nos níveis de AE, associados ao planeamento da gravidez, em grávidas primíparas, os resultados obtidos foram de encontro ao descrito na literatura por vários autores que defendem a ideia de que numa primeira gravidez o medo e o receio podem estar associados à falta de conhecimento, podendo as grávidas estar numa situação de conflito interno, especialmente se se tratar de uma gravidez não planeada (Oppenheim, 1985). Este fato pode estar relacionado com a preparação que, para além de física, trata-se, muita vez, de uma preparação emocional e psicológica que uma mulher deve levar a cabo antes de engravidar, o que não é possível numa gravidez não planeada, tornando-se a gravidez algo indesejado e uma fonte de conflito interno para a qual a mulher não se encontrava preparada o que, conseqüentemente, leva a níveis exacerbados de ansiedade, numa procura por respostas e soluções para o momento de crise no qual a grávida se encontra. Este conflito ocorre essencialmente em grávidas primíparas, uma vez que são estas que apresentam maiores medos e mais dúvidas em relação á gravidez, por existir um total desconhecimento acerca do papel de mãe (Soifer, 1991).

No que se refere à relação existente entre os níveis de ansiedade traço e os níveis de AE, obteve-se um resultado bastante curioso e inesperado, pois contrariamente ao descrito em vários estudos, como Affonso, Lovett, Paul, Arizmendi, Nussbaum, Newman & Johnson (1991); O'Hara et al (1991); Ryding, Persson, Onell & Kvist (2003) (citados por Pacheco et al 2005), neste estudo verificou-se que grávidas que pontuaram mais alto no Inventário de Ansiedade-Traço do STAI, obtiveram resultados mais baixos no Inventário de Ansiedade-Estado, o que nos leva a estabelecer uma correlação negativa entre estes fatores. Estes resultados, estatisticamente significativos, podem estar relacionados com diversos fatores, nomeadamente com o facto de se tratar de uma amostra com uma média de idades elevada (30.19), podendo ter havido alguma ansiedade prévia ao momento da conceção por dificuldades de engravidar ou até mesmo por se tratar de uma gravidez muito desejada, havendo um dissipar de ansiedade quando a mulher consegue atingir esse seu objetivo que seria a gravidez, reportando-se a grávida a esses momentos imediatamente antecedentes ao momento da gravidez, quando respondeu ao inventário de Ansiedade-Traço.

No que concerne à realização de exames médicos e à espera dos resultados desses mesmos exames, os resultados obtidos são significativos e vão de encontro ao descrito na literatura, sendo que tal como é descrito por Samorinha et al (2009), as grávidas que referem que a espera pelos resultados dos exames lhes provoca alterações emocionais, apresentam níveis de AE consideravelmente mais altos que as demais. Este facto pode ser facilmente justificado com a expectativa que a grávida sente em relação ao bem-estar físico do seu bebé, bem-estar este que é confirmado pelos exames realizados, nomeadamente as ecografias e outros exames como a amniocentese.

Em relação ao aproximar da data provável de parto este foi observado como sendo um fator que leva a níveis elevados de AE, pois, como foi possível observar, as grávidas que se encontram temporalmente mais próximas do término da gravidez apresentam níveis de AE mais elevados, tal como nos descreve Pacheco et al (2005), Soifer (1991), Canavarro (2001), Ferronha & Vieira (1988). Esta situação é justificada pelos autores pelo surgimento do receio de complicações no parto, nomeadamente a morte do bebé ou da própria mãe, do medo das dores inerentes ao parto, e com a expectativa por parte da grávida de ter nos seus braços o seu bebé, certificando-se que este não tem malformações ou outros problemas de saúde.

Considerando a importância que a posse de conhecimento tem no bem-estar e autoconfiança das grávidas, tentou-se perceber se as grávidas que afirmam não possuir conhecimento suficiente apresentam níveis de AE superiores e, tal como é descrito na literatura, foi possível, com os resultados obtidos, confirmar uma influência significativa entre estas variáveis. No entanto são poucas as grávidas que referem que possuem poucos conhecimentos, o que é facilmente justificado com a grande percentagem de grávidas que frequenta as sessões de PPP. No entanto, e apesar de haver fraca referência à falta de conhecimentos, as que o referem apresentam níveis de AE superiores, pois como Falcone et al

(2005) refere, a posse de informações de cariz prático sobre o parto e sobre as responsabilidades inerentes ao ser mãe, proporciona um certo alívio em relação ao aspeto emocional e psicológico.

Para finalizar, no que respeita ao reconhecimento, por parte da grávida, do envolvimento do pai do bebé na gravidez, os resultados obtidos vão também de encontro ao que previsto na literatura, no entanto não são significativos, não sendo por isso possível tirar conclusões sobre uma relação entre este fator e os níveis de AE. Camarneiro (1998) e Williams (1995) após a realização de vários estudos, referem que as grávidas que têm boas relações afetivas com os companheiros e que se sentem mais acompanhadas e apoiadas por eles apresentam um mais fácil ajustamento ao período gravídico e sintomatologia ansiógena mais reduzida. Neste estudo, como já foi referido, é possível perceber esta tendência, no entanto os resultados não são significativos, o que pode estar relacionado com a fraca representatividade de grávidas que não reconhecem o envolvimento do pai do bebé na gravidez, sendo que cerca de 97% das grávidas reconhece este envolvimento.

Conclusão

A gravidez aparece, atualmente, como um acontecimento deveras marcante na vida de uma mulher, constituindo, simultaneamente um desafio e uma ameaça para a sua estrutura psicológica, uma vez que se trata de um período específico na vida de uma mulher, no qual a mulher vai ter de se redefinir e adaptar assumindo novos papéis e novas responsabilidades, assim o seu desenvolvimento enquanto mulher (Canavarro, 2001). Com base em investigações precedentes constatámos que é frequente a ansiedade durante a gravidez, sendo que esta apresenta níveis particularmente elevados nesta fase da vida da mulher, podendo comprometer a saúde da gestante e do bebé. Por este motivo procurámos verificar o impacto de alguns dos fatores identificados em estudos anteriores como mais preponderantes para os níveis de ansiedade durante a gravidez.

Com este estudo foi-nos possível identificar algumas variáveis que contribuem para a redução da ansiedade, como o facto de se tratar de uma gravidez planeada, a espera pelos resultados dos exames médicos realizados, o aproximar da data provável de parto e os conhecimentos que as grávidas possuem acerca da gravidez e do futuro papel enquanto mães, o que confirma as nossas expectativas, os dados na literatura e os resultados obtidos em outros estudos realizados anteriormente. Contudo, e apesar de dispormos de uma amostra bastante razoável (190 grávidas) e de estas estarem distribuídas por três distritos diferentes, distrito de Santarém, distrito de Castelo Branco e distrito da Guarda, o que nos permite presumir a existência de uma certa representatividade geográfica, e de o facto de estas pertencerem a seis unidades de saúde diferentes, dentro das quais se encontram Unidades de Saúde Familiares e Hospitais, houve algumas limitações relacionadas com a representatividade inter-fatores.

Este aspeto pode ser constatado na homogeneidade que a amostra apresenta, designadamente a nível: (1) da idade gestacional, sendo que 64.7% das grávidas se encontra no terceiro trimestre, sendo este um fator crucial na comparação dos níveis de ansiedade durante o período gravídico; (2) das grávidas que já sofreram abortos anteriormente, sendo que apenas 15.3% refere já ter sofrido uma ou mais interrupções da gravidez; (3) das grávidas com famílias disfuncionais, sendo o apoio, acompanhamento e compreensão por parte da família um fator descrito por vários autores como uma condição preponderante na estabilidade emocional e psicológica da sgrávidas (Williams, 1995; Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994); e (4) do reconhecimento do envolvimento do pai, que na mesma linha de pensamento que o fator anterior, também é descrito como fulcral para o bem-estar psicológico da grávida (Camarneiro, 1998); Colman & Colman, 1994; Canavarro, 2001), tendo apenas cerca de 2.63% referem o não envolvimento por parte do pai do bebé na gravidez. Estes aspetos possivelmente enviesaram alguns dos resultados.

Podemos apontar como uma das possíveis limitações do presente estudo o facto de não ter sido utilizado o local de residência como uma das variáveis, uma vez que seria interessante poder-se comparar as diferenças nos fatores precipitantes de sintomatologia ansiosa entre grávidas de diferentes meios, possibilitando assim uma análise mais distintiva entre uma população com características tao especificas como é a das grávidas.

Para futuras investigações na área, seria interessante perceber o lado paternal numa gravidez, o tipo de envolvimento e comprometimento do pai e/ou companheiro em relação à gravidez, e o papel deste na ansiedade da mulher face ao parto e face à maternidade, uma vez que tal como Camarneiro (1998), Colman e Colman (1994) e Canavarro (2001) afirmam que o companheiro/pai do bebé tem uma função central na adaptação e aceitação da mulher face à gravidez e no reajustamento familiar. Do mesmo modo, seria interessante perceber em que medida o nível ansioso da mulher antes de engravidar pode afetar os níveis de ansiedade enquanto mulher grávida. Um aspeto que ficou também por estudar e que poderá ser pertinente para investigações futuras, relaciona-se com o estado civil da mulher, de forma a perceber se este está ou não relacionado com a ansiedade e de que forma é que estes fatores se relacionam, isto é, quais são os fatores associados (estabilidade e conforto financeiro e/ou emocional, preparação conjunta para a maternidade, etc.) que poderão contribuir para a diminuição dos níveis de ansiedade da puérpera.

Posto isto, e tal como Pacheco et al (2005) afirmam, perante a confirmação do efeito adverso da ansiedade na grávida e do bebé durante o período gestacional e mesmo na mulher já após o parto, parece necessária uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde no controlo e redução dos níveis de ansiedade nas puérperas, o que se poderá traduzir na implementação, por parte dos serviços de saúde de cuidados adequados às mulheres, como a criação de mais e novos grupos de PPP, no acompanhamento individualizado a cada grávida e no encaminhamento destas para profissionais especializados em saúde mental, nomeadamente psicólogos e psiquiatras.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed- texto previsto) DSM-IV-T.R.. Lisboa: Climepsi Editores.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre Suporte Social, Depressão e Ansiedade em Gestantes. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7(1), 39-48.
- Bento, M. (1992). *Estudo sobre a frequência de cursos de preparação planificada para o parto e o stress/ansiedade na gravidez*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Dr. Angelo de Fonseca
- Bibring, G. L., (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *Psychoanalytic Study of Child* (14), 113-121.
- Blum, J. (1980). *Psychological Aspects of Pregnancy, Birthing and Bonding*. New York: Human Sciences Press Inc.
- Brazelton, T. B. (1981). Comportement et compétence du nouveau-né. *Psychiatrie de L'enfant*, 24(2), 375-396.
- Brooks C. (2008). *Introductory econometrics for finance*. Cambridge: Cambridge University Press 2nd edition.
- Camarneiro, A. P. (1998). *A Gravidez de Risco e o Desenvolvimento do Bebé (Consequências do diabetes Gestacional e da Hipertensão Arterial Induzida pela gestação no Desenvolvimento Precoce dos Bebés)*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação na Universidade do Porto.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e Maternidade - Representações e Tarefas do Desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Coord.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*, 17-49. Coimbra: Quarteto Editora.
- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez - A Experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na Gravidez: Factores de Risco e Implicações para a Saúde bem-estar da Mãe. *Psiquiatria Clínica* 24 (3), 197 - 205.

- Cordeiro, J. D. (1986). *Manual de psiquiatria clínica*. 1ª Edição. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cordeiro, J. D. (1994). *A Saúde Mental e a Vida*. (3ª ed.). Lisboa: Edições Salamandra Lda.
- Coutinho, D. S., Batista, M.N. & Morais, P. R. (2002). Depressão Pós- Parto: prevalência e correlação com o suporte social. *Revista Neuropsiquiátrica da Infância da Infância e Adolescência*, 2(10),63-71.
- Faisal-Cury, A. & Menezes, P. R. (2006). Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 28(3), 171-178.
- Falcone, V. M., Mäder, C. V. N., Nascimento, C. F. L., Santos, J. M. M., & Nobrega, F. J. (2005). Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev. Saúde Pública*, 39(4), 612-618.
- Ferronha, F., & Vieira, F. (1988). Gravidez, Aspectos Psicológicos - uma reflexão. *Psiquiatria Clínica* 9 (4), 371 - 374.
- Figueiredo, B., & Conde, A. (2003). Ansiedade na gravidez: Factores de risco e Implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Psiquiatria Clínica*, 24, (3), 179-209.
- Figueiredo, B., Pacheco, A. & Costa, R. (2006). Qualidade das relações significativas da mulher na gravidez. *Psicologia, Teoria, Investigação e Prática*, 1, 003-025.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. 1ª Edição(pp. 34-376). Loures: Lusociência.
- Garcia, J., Bricker, L., Menderson, J., Martin, M-A., Mugford, M., Nielson, J., & Roberto, T. (2002). Women's views of pregnancy ultrasound: a systematic review. *Birth*, 2(4), 225-250.
- Gomes Pedro, J. C. (1985). *A Relação Mãe- Filho. Influência do Contacto Precoce no Comportamento da Díade*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- Imperatori, E. (1985). Ficha de Apgar familiar dos centros de saúde: vantagens e desvantagens. *Revista Portuguesa de Saúde Publica* (3), 51-56.
- Justo, M. J. (1986). *Introdução ao Estudo da Organização Defensiva da Mulher Grávida*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade De Lisboa.

- Keen-Payne, R., & Bond, M. (1997). Voices of clients and caregivers in a maternity home. *Western: Journal of Nursing-Research*, 19(2), 190-204.
- Kitznger, S. (1984). *A experiencia do parto*. Lisboa, Instituto Piaget.
- Kowalski, R. M. (2000). Anxiety. In Alan E. Kazdin (1.^a ed.), *Encyclopedia of Psychology* (I). Washington, D. C.: American Psychological Association and Oxford University Press.
- Langer, M. (1983). *Maternidad y Sexo*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Lighfoot, E. C., Keeling, B., & Wilton, K. M. (1982). Characteristics Distinguishing High - Anxious and Medium/Low - Anxious Women During Pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 23 (3), 345-350.
- Lilliefors, H. W. (1969). On the Kolmogorov- Smirnov Test for the Exponential Distribution with mean unknown. *Jasa* (64) 387-389.
- Luis, M. A. V. & Oliveira, E. R. (1998). Transtornos mentais na gravidez, parto e puerpério, na região de Ribeirão Preto-SP-Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 32(4), 314-24.
- Maldonado, M. T. P. (1976). *Psicologia da Gravidez*. Petrópolis: Vozes.
- Maldonado, M. (1997). *A comunicação entre pais e filhos* (22^a ed.). São Paulo: Saraiva.
- Marreiros, G. (1988). *Gravidez e Maternidade*. Lisboa: Editorial Presença.
- Mendonça, M. (1998), *Enfermagem agora: a gravidez a luz da teoria da crise*. *Revista Enfermagem XII* (2^a Serie), 18-22.
- Mercer, R. T. (1996). *Becoming a Mother*. New York: Springer Series: Focus on women.
- Montgomery, S. A. (2000). *Ansiedade e Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Navarro, A. Y., Crrasco; A. M. G., Sanchez, J. G., & Torrico, L. E. (2004). Comportamentos e atitudes sexuais em adolescentes e jovens. *Archivos Hispanoamericanos de sexologia*, 10(2), 167-182.
- Neto, M. G. (2004). *A família hoje*. *Acção Medica*. Ano LXVIII (2), 56.
- Norbeck, J. S., & Anderson, N. J. (1989). Psychosocial Predictors of Pregnancy Outcomes in Low-income Black, Hispanic, and White Women. *Nursing Research*, 38(4), 204-209.

- Oliveira, N. R. (2006). *Perfis de grávidas e mães adolescentes: estudo psicossocial de adolescentes usuárias de um serviço público de pré-natal e maternidade*. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Oliveira, A. M. C. F. & Pereira (2004). Dar à luz... e ficar “às escuras!”. *Nursing*, 189.
- Oppenheim, G. B. (1985). Psychological Disorders in Pregnancy. In R.G. Priest (Ed.), *Psychological Disorders in Obstetrics and Gynecology* (pp. 96-146). London: Butterworths.
- Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R., & Pais, Á. (2005). Antecipação da experiência de parto: Mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1), 7-41.
- Paulino, M., & Cordeiro, J. D. (1986). A Ansiedade em Medicina, Cirurgia e Psiquiatria. J. C., Cordeiro (Ed.), *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp. 189-210). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Petrie, R. H. & Williams A. M. (1996). Trabalho de Parto. In R. A. Knuppel & J. E. Drukker (Eds.), *Alto Risco em Obstetrícia: Um enfoque multidisciplinar*, 233-250. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Polit, D. F. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ponciano, E. (1980). Como Medir a Ansiedade?. *Psiquiatria Clínica* 1 (2), 133-138. Colman, Libby Lee; Colman, Arthur D. (1994). *Gravidez - A experiência psicológica* (tradução de Isabel Belchior) Lisboa, Edições Colibri. Coleção Cline.
- Rautava, P. (1989). The Finnish family competence study: Characteristics of pregnant women with low childbirth knowledge. *Social-Science-and-Medicine*, 29(9), 1105-1109.
- Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família. Perspectiva Sistémica*. 2ª Edição. Porto, Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P., & Lourenço, M. C. (2001). *Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: perspectiva sistémica*. In: Canavarro, Maria Cristina. *Psicologia da Gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora, 105-131.
- Ricardo, F. C., Feliciano, E., Coelho, F., & Silva, P. M. (1991). Alterações Fisiológicas da Gravidez. *Separata do “Jornal Médico”*, 130 (2408), pp. 651-656.

- Ruxton G. D. (2006). The unequal variance t-test is an underused alternative to Student's t-test and the Mann-Whitney U test. Downloaded from <http://beheco.oxfordjournals.org/> at UCSF Library and Center for Knowledge Management.
- Samorinha, C., Figueiredo, B., & Cruz, J. (2009). Perceções e Comportamentos dos Profissionais de Saúde face à mulher na adaptação à Maternidade em Contexto Migratório: Contributos para a Promoção da Saúde da Mulher Migrante. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde apresentada à Universidade Aberta. Não Publicada. Lisboa.
- Santos, M. B. (1998). Perturbações Psíquicas na Gravidez e no Puerpério. *Psiquiatria Clínica*, 19 (1), 61-69.
- Segdmen, B., McMahon, C., Cairns, D., Benzie, R. J. & Woodfield, R. L. (2006). The impact of two-dimensional vs three-dimensional ultrasound exposure on maternal-fetal attachment and maternal health behavior in pregnancy. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 27, 245-251.
- Serra, A. V. (1980). *O que é a ansiedade?* *Psiquiatria Clínica* 1 (2), 93-103.
- Silva, R. D. (2003). O Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida, & C. Machado (Coords.), *Avaliação Psicológica - Instrumentos Validados para a População Portuguesa*. (Vol. I) pp. 45-63. Coimbra: Edições Quarteto.
- Silva, I. O. (2008). *Sexualidade, Gênero e Gravidez de Jovens: um estudo em escola da Baixada Fluminense, RJ*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação em Educação em Ciências e Saúde do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Silveira, C. & Ferreira, M. (2011). Auto-Conceito da Grávida - Factores Associados. *Millenium*, (40), 53-67.
- Simões, D. S. (1996). *Contributo para o estudo da avaliação psicometrica da ansiedade no adolescente - adaptação e validação do Stay Y*. Dissertação de doutoramento apresentada à Universidade da Estremadura. Não publicada. Badajoz.
- Soifer, R. (1991). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. 5ª Edição. Porto Alegre, Artes Medicas.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Sturgess, R. (1982). *Guia da Gravidez e da Maternidade*. Lisboa: Editorial Presença.

Vellay, P. (1998). *A vida sexual da mulher. O método psicoprofilático do parto sem dor* (tradução de Maria da Graça Mexia). 8ª Edição. Lisboa Editorial Estampa.

Williams, R. P. (1995). *A família, uma unidade de cuidados. Dinâmica familiar da gravidez*. In: BOBAK, Irene et al. *Enfermagem na maternidade* (tradução da Lusociencia - edições técnicas e científicas, Lda.: 4ª edição. Loures, Lusociencia, 11 a 161 e 115 a 121.

Wingate, P. (1977). *Dicionário de Medicina*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Anexos

Anexo 1

INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO

“Ansiedade na Grávida - Prevalência e Factores Associados”

Investigação realizada no âmbito da Dissertação de Mestrado

Universidade de Da Beira Interior

Enquanto aluna do 2º ano do 2º ciclo de estudos em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira, encontro-me atualmente a realizar a minha Dissertação de Mestrado intitulada “*Ansiedade na Grávida – Prevalência e Fatores Associados*”. Este questionário tem como principal objetivo conhecer os fatores predisponentes da ansiedade manifestada pelas grávidas durante o período gestacional.

Todos os questionários são anónimos e as respostas confidenciais, sendo os dados recolhidos utilizados somente no presente estudo. Pede-se que responda o mais honestamente possível, tendo sempre em conta que não existem respostas certas ou erradas.

O questionário leva cerca de 15 minutos a responder, é constituído por um questionário sócio - demográfico, uma recolha de dados acerca da sua gravidez, e dois instrumentos de avaliação psicológica: Índice de Apgar Familiar de Smilkenstein e o Inventário de Ansiedade Estado - Traço de Spielberger.

A sua colaboração é fundamental para o desenvolvimento desta investigação.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Declaro que tomei conhecimento dos objetivos da investigação, e que fui esclarecida em todas as minhas dúvidas, estando a participar neste projeto por minha livre vontade.

✂-----

Declaro que me comprometo a tratar todos os dados recolhidos, e a utiliza-los única e exclusivamente para a presente investigação.

A aluna:

Sara Fonseca

Parte I

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Por ser fundamental uma boa interpretação das suas respostas, pedimos a sua especial atenção para as instruções de preenchimento, abaixo descritas:

- Preencha o questionário selecionando a resposta, de entre as opções disponíveis, que melhor caracteriza a sua situação ou opinião.
- Em regra, deve escolher apenas uma de entre as várias opções de resposta que lhe são dadas. Sempre que a pergunta permitir que especifique ou desenvolva a sua resposta, terá instruções nesse sentido.
- Responda a todas as questões, pois só assim será possível considerar a sua resposta para tratamento dos dados.

1. **Idade:** _____

2. Habilitações Literárias

- 1º Ciclo do Ensino Básico (4º Ano)
- 2º Ciclo do Ensino Básico (7º Ano)
- 3º Ciclo do Ensino Básico (9º Ano)
- Ensino Secundário
- Curso Superior

3. Estado Civil

- Solteira
- Casada
- Divorciada
- Viúva
- União de facto
- Separação de facto

4. Vive com o pai do Bebé?

- Sim
- Não

5. Tem filhos?

- Sim
- Não

PARTE II

1. Idade Gestacional: _____ semanas

2. Foi uma gravidez planeada?

- Sim
 Não

3. É a sua primeira gravidez?

- Sim
 Não

4. Se não, qual o numero de gravidezes anteriores? _____

5. Alguma vez abortou?

- Sim
 Não

6. Do seu ponto de vista, antes de estar grávida era uma pessoa ansiosa?

- Sim
 Não

7. Se sim, fazia algum tipo de medicação ansiolítica?

- Sim
 Não

8. Sente que houve alterações emocionais durante a gravidez?

- Sim
 Não

9. Se sim, quais?

10. Quais os factores que a levaram a sentir-se assim? (pode seleccionar até três dos abaixo descritos).

- As consultas de vigilância da gravidez.
- A espera dos resultados de algum exame realizado.
- As modificações corporais.
- O aproximar-se da hora do parto.
- Não ser capaz de reconhecer os sinais de alerta do parto.
- A incerteza sobre o estado de saúde do bebé.
- A falta de apoio.
- A falta de informação.

Outros factores: _____

11. O pai do bebé tem-se envolvido ao longo da sua gravidez?

- Sim
- Não

12. Se sim, de que forma? (pode seleccionar até três dos abaixo descritos).

- Acompanha-a às consultas de vigilância da gravidez.
- Acompanha-a às secções de Preparação para o Parto.
- Acompanha-a aos exames que realiza.
- Partilham as emoções de virem a ser pais.
- Demonstra preocupação

Outras: _____

13. Até ao momento, ao longo desta gravidez realizou:

- Menos de 6 consultas de vigilância da gravidez.
- Entre 6 a 10 consultas de vigilância da gravidez.
- Mais de 10 consultas de vigilância da gravidez.

14. Actualmente, frequenta sessões de Preparação para o Parto?

- Sim
- Não

15. Se não porquê?

(Se respondeu NÃO passe por favor á próxima parte do questionário)

16. Quais os motivos que a levaram a frequentar o curso de preparação para o parto?

- Medo de sofrer
- Querer participar activamente no parto
- Proteger a criança
- Aquisição de conhecimentos
- Insegurança física

Outro motivo: _____

15. Em quantas sessões já participou? _____

PARTE III
APGAR FAMILIAR

Tradução E. Imperatori, 1985)

Instruções: Coloque a cruz no quadrado que mais se adequa á sua situação.

	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
Estou satisfeita com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.			
Estou satisfeita pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.			
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.			
Estou satisfeita como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.			
Estou satisfeita com o tempo que passo com a minha família.			

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE ESTADO-TRAÇO (STAI)

Instruções: Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizados para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (X) o algarismo que melhor indica **como se sente neste momento**. Não há respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo com cada frase. Responda de modo a descrever do melhor modo possível a maneira **como se sente agora**.

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
1. Sinto-me calma.	1	2	3	4
2. Sinto-me segura.	1	2	3	4
3. Estou tensa.	1	2	3	4
4. Sinto-me cansada.	1	2	3	4
5. Sinto-me á vontade.	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbada.	1	2	3	4
7. Presentemente preocupo-me com possíveis desgraças.	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeita.	1	2	3	4
9. Sinto-me amedrontada.	1	2	3	4
10. Sinto-me confortável.	1	2	3	4
11. Sinto-me auto-confiante.	1	2	3	4
12. Sinto-me nervosa.	1	2	3	4
13. Sinto-me trémula.	1	2	3	4
14. Sinto-me indecisa.	1	2	3	4
15. Sinto-me descontraída.	1	2	3	4
16. Sinto-me contente.	1	2	3	4
17. Estou preocupada.	1	2	3	4
18. Sinto-me confusa.	1	2	3	4
19. Sinto-me firme.	1	2	3	4
20. Sinto-me bem.	1	2	3	4

Instruções: Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizados para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (X) o algarismo que melhor indica **como se sente habitualmente**. Não há respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo com cada frase. Responda de modo a descrever do melhor modo possível a maneira **como se sente habitualmente**.

	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
21. Sinto-me bem.	1	2	3	4
22. Sinto-me nervosa e agitada.	1	2	3	4
23. Sinto-me satisfeita comigo mesma.	1	2	3	4
24. Gostava de ser tão feliz como os outros parecem ser.	1	2	3	4
25. Sinto-me falhada.	1	2	3	4
26. Sinto-me tranquila.	1	2	3	4
27. Estou “calma, fresca e concentrada”.	1	2	3	4
28. Sinto que as dificuldades se acumulam de tal forma, que não as consigo ultrapassar.	1	2	3	4
29. Preocupo-me demais com as coisas que na realidade não têm importância.	1	2	3	4
30. Sinto-me feliz.	1	2	3	4
31. Tenho pensamentos que me perturbam.	1	2	3	4
32. Falta-me autoconfiança.	1	2	3	4
33. Sinto-me segura.	1	2	3	4
34. Tomo decisões facilmente.	1	2	3	4
35. Sinto-me inadequada.	1	2	3	4
36. Estou contente.	1	2	3	4
37. Passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me perturbam.	1	2	3	4
38. As contrariedades afectam-me de modo tão intenso que não consigo afastá-las da minha mente.	1	2	3	4
39. Sou uma pessoa firme.	1	2	3	4
40. Fico tensa e perturbada quando penso nas minhas preocupações e interesses actuais.	1	2	3	4

Obrigada pela sua colaboração!

Anexo 2

Ex. mo Sr. Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira

Sou aluna do 2º ano do 2º Ciclo de estudos em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior, e encontro-me, de momento a realizar a minha Dissertação de mestrado intitulada “*Ansiedade na Grávida – Prevalência e Factores Associados*”, orientada pela Professora Dra. Fátima Simões, e venho por este meio solicitar a V. Ex.^a autorização para aplicar os instrumentos de colheita de dados no Hospital da Covilhã, no sentido de levar a cabo esta investigação.

O presente trabalho pretende estudar a ansiedade na gravidez, tendo como principais objectivos, conhecer o nível de ansiedade das grávidas, percebendo quais os factores predisponentes a este estado emocional. O enquadramento teórico que servirá de base a este estudo baseia-se nas seguintes áreas temáticas: família e dinâmica familiar na gravidez, aspectos fisiológicos, psicológicos e ansiedade na gravidez. Para dar resposta aos objectivos definidos, pretendemos realizar um estudo *quasi-experimental*, transversal, do tipo descritivo correlacional, sendo o método a utilizar quantitativo.

Esta recolha de informação deverá ser feita com recurso a um questionário, constituído por um questionário sócio-demográfico e dois instrumentos de avaliação psicológica: Índice de Apgar Familiar de Smilkenstein e o Inventário de Ansiedade Estado - Traço de Spielberger, que deverá ser aplicado a todas as grávidas que frequentem as consultas no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher, em qualquer fase de gestação. Os dados obtidos serão para uso exclusivo deste trabalho, tendo um carácter confidencial e sigiloso. Esta recolha de informação deverá ser feita num período compreendido entre 1 de Janeiro e 30 de Março do próximo ano.

Para os devidos efeitos anexo o questionário a aplicar, que pode ainda ser sujeito a ligeiras alterações, bem como a declaração que comprova o facto de esta investigação estar sob orientação.

Por se tratar de uma investigação científica sujeita a prazos estabelecidos pela Universidade, peço uma resposta com a maior brevidade possível.

Agradecendo a atenção dispensada, os melhores cumprimentos.

Pede Deferimento

A aluna:

Sara Fonseca

Ex. mo Sr. Director de Departamento de Saúde Da Criança e da Mulher

Sou aluna do 2º ano do 2º Ciclo de estudos em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior, e encontro-me, de momento a realizar a minha Dissertação de mestrado intitulada “*Ansiedade na Grávida – Prevalência e Factores Associados*”, orientada pela Professora Dra. Fátima Simões, e venho por este meio solicitar a V. Ex.^a autorização para aplicar os instrumentos de colheita de dados no Hospital da Covilhã, no sentido de levar a cabo esta investigação.

O presente trabalho pretende estudar a ansiedade na gravidez, tendo como principais objectivos, conhecer o nível de ansiedade das grávidas, percebendo quais os factores predisponentes a este estado emocional. O enquadramento teórico que servirá de base a este estudo baseia-se nas seguintes áreas temáticas: família e dinâmica familiar na gravidez, aspectos fisiológicos, psicológicos e ansiedade na gravidez. Para dar resposta aos objectivos definidos, pretendemos realizar um estudo *quasi*-experimental, transversal, do tipo descritivo correlacional, sendo o método a utilizar quantitativo.

Esta recolha de informação deverá ser feita com recurso a um questionário, constituído por um questionário sócio-demográfico e dois instrumentos de avaliação psicológica: Índice de Apgar Familiar de Smilkenstein e o Inventário de Ansiedade Estado - Traço de Spielberger, que deverá ser aplicado a todas as grávidas que frequentem as consultas no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher, em qualquer fase de gestação. Os dados obtidos serão para uso exclusivo deste trabalho, tendo um carácter confidencial e sigiloso. Esta recolha de informação deverá ser feita num período compreendido entre 1 de Janeiro e 30 de Março do próximo ano.

Para os devidos efeitos anexo o questionário a aplicar, que pode ainda ser sujeito a ligeiras alterações, bem como a declaração que comprova o facto de esta investigação estar sob orientação.

Por se tratar de uma investigação científica sujeita a prazos estabelecidos pela Universidade, peço uma resposta com a maior brevidade possível.

Agradecendo a atenção dispensada, os melhores cumprimentos.

Pede Deferimento

A aluna:

Sara Fonseca

Ex. mo Sr. Presidente executivo dos ACES da Cova da Beira, Dr. Manuel Geraldês

Sou aluna do 2º ano do 2º Ciclo de estudos em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior, e encontro-me, de momento a realizar a minha Dissertação de mestrado intitulada “*Ansiedade na Grávida – Prevalência e Factores Associados*”, orientada pela Professora Dra. Fátima Simões, e venho por este meio solicitar a V. Ex.ª autorização para aplicar os instrumentos de colheita de dados na Unidade de Saúde Familiar da Covilhã, no sentido de levar a cabo esta investigação.

O presente trabalho pretende estudar a ansiedade na gravidez, tendo como principais objectivos, conhecer o nível de ansiedade das grávidas, percebendo quais os factores predisponentes a este estado emocional. O enquadramento teórico que servirá de base a este estudo baseia-se nas seguintes áreas temáticas: família e dinâmica familiar na gravidez, aspectos fisiológicos, psicológicos e ansiedade na gravidez. Para dar resposta aos objectivos definidos, pretendemos realizar um estudo *quasi*-experimental, transversal, do tipo descritivo correlacional, sendo o método a utilizar quantitativo.

Esta recolha de informação deverá ser feita com recurso a um questionário, constituído por um questionário sócio-demográfico e dois instrumentos de avaliação psicológica: Índice de Apgar Familiar de Smilkenstein e o Inventário de Ansiedade Estado - Traço de Spielberger, que deverá ser aplicado a todas as grávidas que frequentem as consultas de saúde materna e/ou sessões de preparação para o parto, em qualquer fase de gestação. Os dados obtidos serão para uso exclusivo deste trabalho, tendo um carácter confidencial e sigiloso. Esta recolha de informação deverá ser feita num período compreendido entre 1 de Janeiro e 30 de Março do próximo ano.

Para os devidos efeitos anexo o questionário a aplicar, que pode ainda ser sujeito a ligeiras alterações, bem como a declaração que comprova o facto de esta investigação estar sob orientação.

Por se tratar de uma investigação científica sujeita a prazos estabelecidos pela Universidade, peço uma resposta com a maior brevidade possível.

Agradecendo a atenção dispensada, os melhores cumprimentos.

Pede Deferimento

A aluna:

Sara Fonseca

Ex. mo Sr. Presidente executivo dos ACES da Cova da Beira, Dr. Manuel Gerales

Sou aluna do 2º ano do 2º Ciclo de estudos em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior, e encontro-me, de momento a realizar a minha Dissertação de mestrado intitulada “*Ansiedade na Grávida – Prevalência e Factores Associados*”, orientada pela Professora Dra. Fátima Simões, e venho por este meio solicitar a V. Ex.^a autorização para aplicar os instrumentos de colheita de dados na Unidade de Saúde Familiar do Fundão, à semelhança do que já fiz para a Unidade de Saúde Familiar da Covilhã, onde já me encontro a fazer a colheita de dados, no sentido de levar a cabo esta investigação.

O presente trabalho pretende estudar a ansiedade na gravidez, tendo como principais objectivos, conhecer o nível de ansiedade das grávidas, percebendo quais os factores predisponentes a este estado emocional. O enquadramento teórico que servirá de base a este estudo baseia-se nas seguintes áreas temáticas: família e dinâmica familiar na gravidez, aspectos fisiológicos, psicológicos e ansiedade na gravidez. Para dar resposta aos objectivos definidos, pretendemos realizar um estudo *quasi*-experimental, transversal, do tipo descritivo correlacional, sendo o método a utilizar quantitativo.

Esta recolha de informação deverá ser feita com recurso a um questionário, constituído por um questionário sócio-demográfico e dois instrumentos de avaliação psicológica: Índice de Apgar Familiar de Smilkenstein e o Inventário de Ansiedade Estado - Traço de Spielberger, que deverá ser aplicado a todas as grávidas que frequentem as consultas de saúde materna e/ou sessões de preparação para o parto, em qualquer fase de gestação. Os dados obtidos serão para uso exclusivo deste trabalho, tendo um carácter confidencial e sigiloso. Esta recolha de informação deverá ser feita num período compreendido entre 15 de Janeiro e 30 de Março do corrente ano.

Para os devidos efeitos anexo, mais uma vez, o questionário a aplicar, sendo que a restante documentação já foi entregue junto do primeiro pedido referente à Unidade de Saúde Familiar da Covilhã, realizado por mim em Novembro do ano que agora terminou.

Por se tratar de uma investigação científica sujeita a prazos estabelecidos pela Universidade, peço uma resposta com a maior brevidade possível.

Agradecendo a atenção dispensada, os melhores cumprimentos.

Pede Deferimento

A aluna:

Sara Fonseca

Ex. mo Sr. Coordenador da USF Santa Maria – Tomar, Dr. António Gomes Branco

Sou aluna do 2º ano do 2º Ciclo de estudos em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior, e encontro-me, de momento a realizar a minha Dissertação de mestrado intitulada “*Ansiedade na Grávida – Prevalência e Factores Associados*”, orientada pela Professora Dra. Fátima Simões, e venho por este meio solicitar a V. Ex.^a autorização para aplicar os instrumentos de colheita de dados na Unidade de Saúde Familiar Santa Maria Tomar, no sentido de levar a cabo esta investigação.

O presente trabalho pretende estudar a ansiedade na gravidez, tendo como principais objectivos, conhecer o nível de ansiedade das grávidas, percebendo quais os factores predisponentes a este estado emocional. O enquadramento teórico que servirá de base a este estudo baseia-se nas seguintes áreas temáticas: família e dinâmica familiar na gravidez, aspectos fisiológicos, psicológicos e ansiedade na gravidez. Para dar resposta aos objectivos definidos, pretendemos realizar um estudo *quasi*-experimental, transversal, do tipo descritivo correlacional, sendo o método a utilizar quantitativo.

Esta recolha de informação deverá ser feita com recurso a um questionário, constituído por um questionário sócio-demográfico e dois instrumentos de avaliação psicológica: Índice de Apgar Familiar de Smilkenstein e o Inventário de Ansiedade Estado - Traço de Spielberger, que deverá ser aplicado a todas as grávidas que frequentem as consultas de saúde materna e/ou sessões de preparação para o parto, em qualquer fase de gestação. Os dados obtidos serão para uso exclusivo deste trabalho, tendo um carácter confidencial e sigiloso. Esta recolha de informação deverá ser feita num período compreendido entre 1 de Janeiro e 30 de Março do próximo ano.

Para os devidos efeitos anexo o questionário a aplicar, que pode ainda ser sujeito a ligeiras alterações, bem como a declaração que comprova o facto de esta investigação estar sob orientação.

Por se tratar de uma investigação científica sujeita a prazos estabelecidos pela Universidade, peço uma resposta com a maior brevidade possível.

Agradecendo a atenção dispensada, os melhores cumprimentos.

Pede Deferimento

A aluna:

Sara Fonseca

Ex. mo Sr. Presidente do Conselho de Administração do Hospital Sousa Martins da Guarda

Sou aluna do 2º ano do 2º Ciclo de estudos em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior, e encontro-me, de momento a realizar a minha Dissertação de mestrado intitulada “*Ansiedade na Grávida – Prevalência e Factores Associados*”, orientada pela Professora Dra. Fátima Simões, e venho por este meio solicitar a V. Ex.^a autorização para aplicar os instrumentos de colheita de dados no Hospital Sousa Martins, no Departamento de Obstetrícia, no sentido de levar a cabo esta investigação.

O presente trabalho pretende estudar a ansiedade na gravidez, tendo como principais objectivos, conhecer o nível de ansiedade das grávidas, percebendo quais os factores predisponentes a este estado emocional. O enquadramento teórico que servirá de base a este estudo baseia-se nas seguintes áreas temáticas: família e dinâmica familiar na gravidez, aspectos fisiológicos, psicológicos e ansiedade na gravidez. Para dar resposta aos objectivos definidos, pretendemos realizar um estudo *quasi*-experimental, transversal, do tipo descritivo correlacional, sendo o método a utilizar quantitativo.

Esta recolha de informação deverá ser feita com recurso a um questionário, constituído por um questionário sócio-demográfico e dois instrumentos de avaliação psicológica: Índice de Apgar Familiar de Smilkenstein e o Inventário de Ansiedade Estado - Traço de Spielberger, que deverá ser aplicado a todas as grávidas que frequentem as consultas no Departamento de Obstetrícias, em qualquer fase de gestação. Os dados obtidos serão para uso exclusivo deste trabalho, tendo um carácter confidencial e sigiloso. Esta recolha de informação deverá ser feita num período compreendido entre 1 de Janeiro e 30 de Março do próximo ano.

Para os devidos efeitos anexo o questionário a aplicar, que pode ainda ser sujeito a ligeiras alterações, bem como a declaração que comprova o facto de esta investigação estar sob orientação.

Por se tratar de uma investigação científica sujeita a prazos estabelecidos pela Universidade, peço uma resposta com a maior brevidade possível.

Agradecendo a atenção dispensada, os melhores cumprimentos.

Pede Deferimento

A aluna:

Sara Fonseca

Ex. mo Sr. Director de Departamento de Obstetrícia

Sou aluna do 2º ano do 2º Ciclo de estudos em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior, e encontro-me, de momento a realizar a minha Dissertação de mestrado intitulada “*Ansiedade na Grávida – Prevalência e Factores Associados*”, orientada pela Professora Dra. Fátima Simões, e venho por este meio solicitar a V. Ex.^a autorização para aplicar os instrumentos de colheita de dados no Hospital Sousa Martins, no Departamento de Obstetrícia, no sentido de levar a cabo esta investigação.

O presente trabalho pretende estudar a ansiedade na gravidez, tendo como principais objectivos, conhecer o nível de ansiedade das grávidas, percebendo quais os factores predisponentes a este estado emocional. O enquadramento teórico que servirá de base a este estudo baseia-se nas seguintes áreas temáticas: família e dinâmica familiar na gravidez, aspectos fisiológicos, psicológicos e ansiedade na gravidez. Para dar resposta aos objectivos definidos, pretendemos realizar um estudo *quasi*-experimental, transversal, do tipo descritivo correlacional, sendo o método a utilizar quantitativo.

Esta recolha de informação deverá ser feita com recurso a um questionário, constituído por um questionário sócio-demográfico e dois instrumentos de avaliação psicológica: Índice de Apgar Familiar de Smilkenstein e o Inventário de Ansiedade Estado - Traço de Spielberger, que deverá ser aplicado a todas as grávidas que frequentem as consultas no Departamento de Obstetrícias, em qualquer fase de gestação. Os dados obtidos serão para uso exclusivo deste trabalho, tendo um carácter confidencial e sigiloso. Esta recolha de informação deverá ser feita num período compreendido entre 1 de Janeiro e 30 de Março do próximo ano.

Para os devidos efeitos anexo o questionário a aplicar, que pode ainda ser sujeito a ligeiras alterações, bem como a declaração que comprova o facto de esta investigação estar sob orientação.

Por se tratar de uma investigação científica sujeita a prazos estabelecidos pela Universidade, peço uma resposta com a maior brevidade possível.

Agradecendo a atenção dispensada, os melhores cumprimentos.

Pede Deferimento

A aluna:

Sara Fonseca

Anexo 3

Consentimento Livre e Informado

Sara Isabel Rodrigues Pina Fonseca, estudante do 2º ano do 2º Ciclo de estudos em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade da Beira Interior, a realizar um trabalho de investigação no âmbito da Minha dissertação de mestrado, subordinado ao tema "Ansiedade na Grávida – Prevalência e Factores Associados", vem solicitar a sua colaboração no preenchimento deste inquérito. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo CHCB; informo ainda que todos os dados recolhidos serão confidenciais.

Consentimento Informado

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- Entregou esta informação
- Explicou o propósito deste trabalho
- Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo doente.

Nome do Investigador (Legível)

(Assinatura do Investigador)

(Data)

Consentimento Informado

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao investigador que lhe fosse explicado, tendo este explicado todas as dúvidas;
- O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

Nome do Doente (Legível)

Representante Legal

(Assinatura do Doente ou Representante Legal)

(Data)