



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

***Coping* diádico, qualidade de vida, ansiedade e depressão: um estudo no âmbito
da transição para a parentalidade**

Dissertação apresentada para obtenção Grau de Mestre em Psicologia Clínica e de
Aconselhamento

Orientadora: Professora Doutora Rute Sofia Ribeiro Brites Lopes Dias
Candidata: Catarina Calçada Faria

Lisboa, abril de 2018

Agradecimentos

Existem diversas pessoas que me auxiliaram nesta etapa para que este projeto se concretizasse.

Em primeiro lugar quero agradecer à minha orientadora, Prof.^a Doutora Rute Brites por todo o acompanhamento que me prestou ao longo desta etapa. Não só esteve sempre recetiva às minhas dúvidas e dificuldades e foi extremamente competente nas sugestões e correções ao longo do trabalho, como sempre o fez com o máximo de simpatia e disponibilidade.

À equipa de investigação do CIP “Os efeitos da percepção do parto na vinculação parental e na relação conjugal”, coordenada pela Prof.^a Doutora Odete Nunes e da qual fazem parte Prof.^a Doutora Mónica Pires, Prof.^a Doutora Rute Brites e Prof. Doutor João Hipólito, por me terem acolhido como parte da investigação.

Aos centros de saúde e hospitais que nos permitiram realizar a investigação e pela receptividade e preocupação demonstradas para que o nosso trabalho pudesse ser feito com qualidade.

Aos professores do Seminário de Dissertação Prof. Doutor José Magalhães, e, novamente, Prof.^a Doutora Rute Brites pelos conhecimentos passados nas aulas e pelo acompanhamento semanal prestado ao longo do ano lectivo.

Aos restantes professores da Universidade Autónoma de Lisboa, que me acompanharam ao longo do mestrado, por me terem auxiliado a adquirir competências que serviram de base para este estudo.

Aos meus colegas da Universidade Autónoma de Lisboa, pela forma como me receberam no mestrado, pela simpatia e pelas partilhas.

Aos meus colegas do BPI, pelo sorriso com que me presentearam diariamente, mesmo nos dias mais difíceis.

Um enorme agradecimento a algumas das pessoas que mais me acompanharam neste processo, Cátia Mestrinho, Ana Gonçalves, Neuza Freitas e Guida Santos, que tiveram um especial acompanhamento e com quem partilhei momentos que me ajudaram a manter a motivação necessária para a concluir com sucesso. Também aos meus *lindy hoppers*, que me ajudaram e muito nesta etapa, obrigada! Ao Fábio pelas traduções!

E finalmente, à minha família um agradecimento muito especial, sem a vossa paciência, carinho e afeto não teria sido possível concluir este projeto.

Resumo

A gravidez e a transição para a maternidade têm um grande impacto sobre a saúde, bem-estar e papéis sociais maternos, sendo esta uma etapa que requer muitos ajustamentos nos domínios fisiológicos, familiares e ocupacionais. É nesta área que se contextualiza o nosso estudo, procurando analisar a influência do *coping* diádico sobre ansiedade, depressão e qualidade de vida maternas durante esta etapa e como é que outras variáveis relativas ao parto se podem relacionar com o *coping* diádico. Este foi um estudo de carácter misto. Na parte quantitativa verificámos que durante a gravidez o domínio físico da qualidade de vida das mães foi significativamente inferior e foram encontrados níveis mais elevados de depressão, as mães percecionaram as suas relações sociais como piores e passaram a percecionar de forma menos positiva e mais negativa o apoio do parceiro em situações de stresse. Na parte qualitativa 90% das mães tiveram alterações negativas no seu bem-estar físico ao longo deste processo e 80% das mães referiu ter sido emoções negativas ao longo deste processo. Todas as mães tiveram receios durante esta fase, sendo estes principalmente relacionados com a saúde e o bem-estar do bebé e com as competências próprias enquanto mães. Para além disso 80% das mães referiram que a experiência de transição para a parentalidade teve impacto na sua relação, tendo 50% das mães referido que este impacto foi negativo. Na amostra em estudo, a ansiedade, a depressão e a qualidade de vida relacionaram-se algumas dimensões do o *coping* diádico, em que formas positivas de *coping* diádico se encontram associadas a níveis mais elevados de ansiedade e depressão e a mais baixa qualidade de vida e o inverso ocorreu quando estudadas formas negativas de *coping* diádico. Na parte qualitativa do estudo 80% das mães destacaram a importância que o apoio do marido teve neste processo, quer a nível global, quer na prestação de cuidados do bebé, divisão de tarefas, durante a gravidez e o parto. Por outro lado, 70 % das mães falaram acerca do impacto da relação na experiência de maternidade, quer de forma positiva, quer de forma negativa. Estes dados parecem refletir o quanto as mulheres estão suscetíveis a alterações significativas durante esta etapa do ciclo familiar, o quanto estas podem ser negativas para as mães e que o *coping* diádico parece ter influência sobre estes aspetos. Assim, dada a existência de ferramentas que permitam melhorar o *coping* diádico esta poderá ser pertinente a existência de futuros estudos que possam utilizar o melhoramento do *coping* diádico como uma possível solução que possa auxiliar as mães durante a transição para a parentalidade.

Palavras Chave: Ansiedade, *coping* diádico, depressão, qualidade de vida

Abstract

Pregnancy and the transition to maternity have a great impact on health, well-being and social maternal roles, being this a stage that requires many adjustments in the physiological, family, and occupational domains. Our study is contextualized in this area, analyzing the influence of dyadic coping on anxiety, depression and maternal quality of life during this stage and how other variables connected to childbirth can be related to dyadic coping. This was a mixed study. In the quantitative part we verified that during pregnancy the physical domain of the mothers quality of life was significantly lower and higher levels of depression were found, the mothers perceived their social relations as worse and they also came to perceive in a less positive and negative way the support of the partner in stress situations. In the qualitative part, 90% of the mothers had negative changes on their physical well-being throughout this process and 80% of the mothers reported negative emotions throughout this process. All mothers had fears during this period, which are mainly related to the health and well-being of the baby and to their own abilities as mothers. In addition, 80% of the mothers reported that the experience of transition to parenting had an impact on their relationship, with 50% of mothers reporting that this impact was negative. In the study sample, anxiety, depression and quality of life were related to some dimensions of dyadic coping, in which positive forms of dyadic coping are associated with higher levels of anxiety and depression and lower quality of life, whereas the reverse occurred when studying negative forms of dyadic coping. In the qualitative part of the study 80% of the mothers stressed the importance of the support provided by the husband in this process, both as globally and as on the provision of baby care, division of labor, during pregnancy and childbirth. On the other hand, 70% of the mothers spoke about the impact on the relationship in the maternity experience, both positively and negatively. This data seems to reflect how much women are susceptible to significant changes during this stage of the family cycle, how these may be negative for mothers and that dyadic coping seems to have an influence on these aspects. Thus, given the existence of tools to improve dyadic coping, it may be pertinent to have future studies that may use the improvement of dyadic coping as a possible solution that may assist mothers during the transition to parenthood.

Key-words: Anxiety, depression, dyadic coping, life quality

Índice

Introdução	12
Parte I - Enquadramento Teórico.....	14
I. <i>Coping</i> Diádico.....	16
1.1. Stresse Individual.....	16
1.1.2. Tipos de stresse.....	17
1.1.3. Consequências do stresse.....	17
1.1.4. Conceito de <i>coping</i>	17
1.2. Stresse Relacional	18
1.2.1. Tipos de stresse nas relações.....	19
1.2.2. Consequências do stresse nas relações.	19
1.2.3. Modelos de stresse nas relações.....	20
1.3. <i>Coping</i> Diádico	24
1.3.1. Tipos de <i>coping</i> diádico.....	26
.....	28
1.3.2. Impacto do <i>coping</i> diádico.....	28
1.3.3. <i>Coping</i> diádico e a transição para a parentalidade.....	29
II. Ansiedade	31
2.1. Ansiedade Pré-Natal	31
2.1.1. Caracterização e sintomas.....	31
2.1.2. Consequências.....	32
2.1.3. Fatores.....	33
2.2. Ansiedade Pós-Natal.....	35
2.2.1. Caracterização e sintomas.....	35
2.2.2. Consequências.....	36
2.2.3. Fatores.....	37
III. Depressão	39
3.1. Depressão Pré-Natal (DPN).....	39
3.1.1. Caracterização e sintomas.....	40
3.1.2. Consequências.....	40
3.1.3. Fatores.....	41
3.2. Depressão Pós-Parto	43

3.2.1. Caracterização e sintomas.....	43
3.2.2. Consequências.....	44
3.2.3. Fatores.....	45
IV. Qualidade de Vida	47
4.1. Definição.....	47
4.2. A Qualidade de Vida Durante a Gravidez	48
4.2.1. Fatores.....	50
4.2.2. Consequências de baixos níveis de qualidade de vida durante a gravidez.	51
4.3. A Qualidade de Vida no Período Pós-Parto.....	52
4.3.1. Factores.....	53
4.3.2. Consequências dos baixos níveis de qualidade de vida durante o pós-parto.	54
V. A Influência Do <i>Coping</i> Diádico	55
Parte II – Metodologia	59
6.1. Problema	60
6.2. Objetivos.....	60
6.3. Delineamento	61
6.4. Hipóteses.....	64
6.5. Variáveis	69
6.6. População e Amostra – Participantes.....	70
6.6.1. Amostra quantitativa.....	71
6.6.2. Amostra qualitativa.....	72
6.7. Instrumentos.....	72
6.7.1. Questionário de dados pessoais.	73
6.7.2. Inventário de <i>coping</i> diádico (ICD) – adaptação portuguesa de Vedes et al. (2013).	73
6.7.3. Escala de ansiedade e depressão hospitalar (HADS) – adaptação portuguesa de Pais-Ribeiro et al. (2007).	75
6.7.4. Avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL_BREF) – adaptação portuguesa de Serra et al. (2006).	76
6.7.5. Entrevista semi-estruturada.....	77
6.8. Procedimentos.....	78
6.8.1. Procedimentos estatísticos.	79
Parte III – Resultados.....	82

7.1. Apresentação de Resultados	83
7.1.1. Resultados quantitativos.	83
7.1.1.2. <i>Resultados globais.</i>	84
7.1.1.3. <i>Verificação dos pressupostos para a realização de testes paramétricos.</i>	85
7.1.1.4. <i>Análise de correlações e regressões entre coping diádico e ansiedade, depressão, qualidade de vida, peso do bebê ao nascimento e ser ou não cesariana por emergência.</i>	87
7.1.2. Resultados qualitativos – receios, emoções negativas, relações, saúde, bem-estar e experiência de maternidade.....	99
7.2. Discussão de Resultados	109
7.2.1. Transição para a parentalidade.....	109
7.2.2. <i>Coping</i> diádico e ansiedade.	111
7.2.3. <i>Coping</i> diádico e depressão.	113
7.2.4. <i>Coping</i> diádico e qualidade de vida.	116
7.2.5. <i>Coping</i> diádico e o peso do bebê.	118
7.2.6. <i>Coping</i> diádico e a cesariana por emergência.....	118
Conclusão.....	119
Referências Bibliográficas	122
Anexos	164

Lista de Tabelas

Tabela 1 Avaliações Primárias de Situações de Stresse	23
Tabela 2 Avaliações Secundárias de Situações de Stresse	24
Tabela 3 Tipos de coping diádico	27
Tabela 4 Facetas da qualidade de vida.....	48
Tabela 5 Variáveis em estudo	70
Tabela 6 Consistência interna do ICD	74
Tabela 7 Consistência interna da validação portuguesa da HADS.....	75
Tabela 8 Consistência interna do WHOQOL_BREF	77
Tabela 9 Fiabilidade das subescalas utilizadas	83
Tabela 10 Estatística descritiva das variáveis: média (M), desvio-padrão (DP), mínimo (Min) e o máximo (Max).....	84
Tabela 11 Valores do teste de Kolmogorov-Smirnov.....	85
Tabela 12 Variáveis com alterações significativas em T0 e em T1	86
Tabela 13 Correlações significativas entre coping diádico e ansiedade durante a gravidez ...	88
Tabela 14 Correlações significativas entre coping diádico e depressão durante a gravidez ...	89
Tabela 15 Correlações significativas entre coping diádico e o domínio psicológico da qualidade de vida durante a gravidez.....	90
Tabela 16 Correlações significativas entre coping diádico e ansiedade durante o período pós-parto	91
Tabela 17 Correlações significativas entre coping diádico e depressão durante o período pós-parto	91
Tabela 18 Correlações significativas entre coping diádico e a qualidade de vida geral durante o período pós-parto	92
Tabela 19 Correlações significativas entre ansiedade e o coping diádico na transição para a parentalidade	94
Tabela 20 Correlações significativas entre depressão e o coping diádico na transição para a parentalidade	95
Tabela 21 Correlações significativas entre qualidade de vida e o coping diádico na transição para a parentalidade	95
Tabela 22 Correlações entre ser cesariana por emergência e o coping diádico.....	98
Tabela 23 Correlações significativas entre o peso do bebé e o coping diádico da mãe	98
Tabela 24 Receios	99
Tabela 25 Emoções negativas.....	101

Tabela 26 Social.....	102
Tabela 27 Saúde e bem-estar	105
Tabela 28 Experiência de maternidade	106

Lista de Figuras

Figura 1. Modelo Duplo ABCX.....	21
Figura 2 Stresse e processos de coping em díades.....	25
Figura 3 Modelo Conceptual de Investigação	63

Lista de Siglas

CIP- UAL – Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa

DPN – Depressão Pré-Natal

DPP – Depressão Pós-Parto

HADS – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

ICP – Inventário do *Coping* Diádico

PDM – Perturbação Depressiva *Major*

UAL - Universidade Autónoma de Lisboa

WHO – World Health Organization

WHOQOL_BREF – Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

Anexos

Anexo I Folha de Apresentação de Estudo - Parte Quantitativa.....	160
Anexo II Declaração de Consentimento Informado - Parte Quantitativa	161
Anexo III Questionário de Dados Pessoais T0 - Parte Quantitativa	162
Anexo IV Questionário de Dados Pessoais T1 - Parte Quantitativa.....	163
Anexo V Inventário de Coping Diádico (ICD).....	164
Anexo VI Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS).....	167
Anexo VII WHQOL_ BREF – Qualidade de Vida	169
Anexo VIII Folha de Apresentação de Estudo - Parte Qualitativa	172
Anexo IX Declaração de Consentimento Informado - Parte Qualitativa	173
Anexo X Questionário de Dados Demográficos & Questões de Entrevista - Parte Qualitativa	174

Introdução

Este estudo trata-se de uma investigação científica na área da psicologia clínica e pretende explorar a experiência da mãe no âmbito da gravidez e da transição para a parentalidade. Mais concretamente, procura analisar a influência do *coping* diádico na ansiedade, depressão e qualidade de vida maternas durante esse período. Esta enquadra-se no âmbito de uma investigação do Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa (CIP-UAL) com o tema “Os efeitos da percepção do parto sobre aspetos maritais e parentais”.

Como verificaremos ao longo do enquadramento teórico, a transição para a parentalidade é uma etapa de enormes mudanças, não só para os pais individualmente, mas também enquanto casal e sistema familiar, sendo que durante a gravidez e no período pós-parto a mulher parece estar mais suscetível a desenvolver sintomas ansiedade e de depressão, o que parece ter efeitos adversos não só em si, mas na criança, no relacionamento do casal e na parentalidade. Nesta etapa é ainda comum existir considerável diminuição da qualidade de vida da mãe. Estas aparentam assim ser áreas da vida relevantes para a vida da mãe e que merecem ser alvo de atenção.

Veremos também que esta é uma fase em que os sintomas de stresse são bastante comuns. Este stresse pode ser gerido de forma individual, através de estratégias de *coping* individuais ou em casal, através de *coping* diádico.

No entanto, que seja do nosso conhecimento, não existem estudos que procurem verificar se o *coping* diádico tem influência na ansiedade, depressão e qualidade de vida maternas. No entanto, ao nos debruçarmos sobre esta temática, deparámo-nos com alguns dados que poderão indicar a existência de alguma relação entre estas variáveis. Assim, como verificaremos seguidamente, ansiedade, depressão e qualidade de vida de mulheres durante a gravidez e no período pós-parto parecem ser afetadas pelo suporte social e satisfação relacional. Por outro lado, estratégias de *coping* individuais foram já relacionadas com ansiedade, depressão e qualidade de vida.

Assim, uma vez que conferimos que por um lado das relações e por outro de estratégias de *coping* individuais se relacionam com estas variáveis questionámos assim a possibilidade do *coping* diádico poder relacionar-se também.

É neste contexto que surge esta investigação cuja problemática se pode ver expressa nas questões seguintes: será que o *coping* diádico tem influência na ansiedade, depressão e qualidade de vida maternas na gravidez e no período pós-parto? Como é que a mãe percebe esta vivência?

De forma a aprofundar o nosso estudo e para melhor analisar o impacto que o *coping* diádico tem nesta fase de transição familiar procurámos ainda perceber se este se relaciona com algumas variáveis relativas ao parto, como o peso do bebé e a cesariana por emergência.

Assim, este trabalho é constituído por três partes: enquadramento teórico, metodologia e apresentação e discussão de resultados.

O enquadramento teórico é constituído por cinco capítulos: *coping* diádico, ansiedade, depressão, qualidade de vida e influência do *coping* diádico. No capítulo *coping* diádico, que é a variável independente deste estudo, é realizada uma contextualização e conceptualização deste e este é contextualizado no âmbito da transição para a parentalidade. Nos capítulos ansiedade e depressão, é realizada uma caracterização e sintomas de cada uma destas perturbações, sendo esta mais aprofundada no que diz respeito aos períodos pré e pós-natal, sendo também apresentados os factores e consequências associados. Quanto ao capítulo qualidade de vida, são apresentadas uma breve definição e uma contextualização no período da transição para a parentalidade, sendo que indicamos quais os principais factores intervenientes e as consequências que a baixa qualidade de vida pode ter neste período. O último capítulo pretende ser uma pesquisa acerca da influência do *coping* diádico sobre a ansiedade, depressão e qualidade de vida maternas e algumas das variáveis relativas ao parto. No enquadramento teórico existe ainda uma introdução, que diz respeito à transição para a parentalidade e uma conclusão, onde apresentamos uma breve síntese do que foi falado ao longo deste capítulo.

Na metodologia são construídos o problema e os objetivos de investigação, de seguida é feito um delineamento da mesma. São apresentadas as hipóteses e as variáveis em estudo e é feita uma caracterização da população e amostra. É ainda realizada uma exposição e caracterização dos instrumentos realizados e são enumerados os procedimentos de investigação.

A terceira parte pretende apresentar os resultados encontrados no estudo, discuti-los e compará-los com estudos anteriores, sendo apresentadas as conclusões de investigação.

Por último são apresentadas as conclusões finais que pretendem ser uma consolidação de tudo aquilo que foi falado assim como apresentar uma conclusão global desta investigação.

Parte I - Enquadramento Teórico

Introdução

Segundo a teoria dos sistemas familiares é de extrema importância que se estudem as transições familiares, uma vez que uma mudança num aspecto do sistema requer que todo o sistema se adapte e reorganize (Cox & Paley, 2003).

A gravidez e a transição para a maternidade têm um grande impacto sobre a saúde, bem-estar e papéis sociais maternos (Huizink, Mulder, Robles de Medina, Visser, & Buitelaar, 2003). Apesar de grande parte das mulheres descrever a gravidez como um período alegre e feliz, esta transição pode ser uma fase de grande stresse, uma vez que em adição à gravidez e ao parto muitas mães enfrentam novas expectativas e exigências (Britton, 2008). Segundo Goldstein, Diener, e Mangelsdorf (1996) a transição para a maternidade é frequentemente associada a elevados níveis de stresses ao longo do tempo.

A gravidez requer muitos ajustamentos nos domínios fisiológicos, familiares e ocupacionais, o que pode ser uma das causas do stresse, nesta fase (Norbeck & Anderson, 1989; Ritter, Hobfoll, Lavin, Cameron, & Hulsizer, 2000). As mulheres grávidas podem também sentir preocupações acerca da saúde dos seus bebés, do parto e das responsabilidades parentais, sendo que estas exigências podem ser exacerbadas pelo meio social em que estão inseridas (Lobel, 1998; Lobel, Hamilton, & Cannella, 2008).

Os novos pais têm menos tempo para dispendir em atividades de lazer, como atividades com os companheiros (MacDermid, Huston, & McHale, 1990) e dispendem mais tempo em divisões de cuidados com criança e tarefas domésticas (Cowan & Cowan, 2000).

Este é assim um período frequentemente associado a grandes mudanças na relação do casal, podendo conduzir a stress conjugal (Levy-Shiff, 1994), um declínio na qualidade e satisfação conjugal e na satisfação (Cowan & Cowan, 2000), e um aumento de conflito conjugal (Gottman, 1994; Doss, Rhoades, Stanley, & Markman, 2009; Mitnick, Heyman, & Smith-Slep, 2009; Twenge, Campbell, & Fostes, 2003).

O stresse, pode ser gerido de diversas formas, quer em casal, quer individualmente, assunto que abordaremos seguidamente.

I. *Coping* Diádico

A gravidez é um período em que as mães estão mais vulneráveis a stresse (Nagandla et al., 2016). Kingston, Tough, e Whitfield (2012) encontraram evidências que sugerem que o stresse pré-natal materno pode ter efeitos adversos no desenvolvimento cognitivo, comportamental e psicomotor das crianças e que o stresse pós-parto contribui para atrasos no seu desenvolvimento cognitivo e socioemocional. Como veremos seguidamente o stresse pode ser gerido quer individualmente, sendo denominado de *coping* individual ou em casal, *coping* diádico.

1.1. Stresse Individual

Selye (1976) define stresse como as reações físicas e/ou psicológicas a determinadas exigências, que podem ser reais ou imaginárias. A exposição a diversos fatores de stresse é global e pode ter efeitos negativos no dia-a-dia e bem-estar dos sujeitos, podendo ainda afetar negativamente a saúde física (Larzelere & Jones, 2008) e mental (Thoits, 2010).

Existem fatores de stresse bastante comuns tais como trabalho, finanças, crianças, doença e desentendimentos interrelacionais (Randall & Bodenmann, 2016) e outros a que apenas algumas pessoas estão expostas, tais como pobreza, altas taxas de crime, epidemias, crises de fome e guerras (Hilpert & Kimamo, 2016).

Segundo Lazarus (1966), o stresse é uma transação entre a pessoa e o ambiente. Assim, de acordo com Lazarus e Folkman (1984) as exigências de uma situação apenas se tornam stressantes de acordo com as avaliações individuais de cada sujeito (por exemplo, em casos cujas avaliações são vistas como ameaça, perda ou como prejudiciais, as situações são vistas como stressantes). Segundo estes autores, o stresse é assim visto como subjetivo e situacional.

Esta perspetiva contrasta com outras mais orientadas para os traços individuais, que indicam que é a vulnerabilidade pessoal que tem um papel predominante, existindo fatores biológicos e genéticos (Selye, 1976; Tsigos & Chrousos, 2002), capacidades de *coping* e traços da personalidade adquiridos durante a vida (Miller, 1981) que oferecem maior ou menor vulnerabilidade a cada um em situações de stresse.

Folkman, Lazarus, Gruen, e Delongis (1986) incluem na sua teoria duas avaliações: uma primária, em que a pessoa julga a situação de acordo com a sua ambiguidade, relevância, controlabilidade e carácter geral, e uma avaliação secundária, em que as capacidades da pessoa de gerir as exigências das transações entre si e o meio são avaliadas.

1.1.2. Tipos de stresse.

De acordo com Seaward (2006) o stresse pode ser dividido em três tipos: *eustress*, *neustress* e *distress*; o *eustress* corresponde a situações em que o stresse é agradável e tende a conduzir os sujeitos a um nível ótimo de desempenho, *neustress* a estímulos vistos como pouco importantes ou inconsequentes e *distress* a avaliações negativas dos eventos, prejudiciais ao bem-estar do sujeito (sendo este termo normalmente referido apenas como stresse). Ao longo desta dissertação quando mencionamos stresse estaremos a falar de *distress*.

1.1.3. Consequências do stresse.

Tem sido sugerido que o stresse pode conduzir à doença através da estimulação geral do sistema nervoso autónomo, pelas elevadas hormonas associadas ao stresse ou através de um sistema imunitário disfuncional, pela sua supressão (Borisenko, 1987; Seaward, 2006).

Segundo Seaward (2006), alguns dos problemas associados a perturbações do sistema nervoso podem refletir-se em sintomas moderados relacionados com stresse que, caso não sejam tratados, podem resultar em sérios problemas de saúde. De acordo com os autores, estes problemas de saúde podem incluir asma brônquica, dores de cabeça de tensão, enxaquecas, síndrome do intestino irritável e doença cardíaca coronária. Algumas das doenças resultantes de disfunções no sistema imunitário podem incluir gripes, alergias, artrite reumatoide, úlceras e cancro (Seaward, 2006). Outros estudos relativos ao stresse e à supressão do sistema imunitário encontraram resultados indicativos de que o stresse atrasa a cicatrização, aumenta a suscetibilidade a todos os tipos de infeções e ao desenvolvimento de doenças autoimunes (Kiecolt-Glaser, 1996) e acelera o processo de envelhecimento (Graham, Christian, & Kiecolt-Glaser, 2006).

Para além das consequências fisiológicas associadas ao stresse, este tem sido associado a diversas perturbações psicológicas (Turner, Wheaton, & Lloyd, 1995), abuso de substâncias (Brennan & Moos, 1990) e tendências suicidas (Dean & Range, 1999).

Como veremos seguidamente, poderão existir diversas formas de lidar com o stresse.

1.1.4. Conceito de *coping*.

Para Lazarus e Folkman (1984) poderão existir esforços cognitivocomportamentais utilizados pelos indivíduos como forma de lidar com situações de stresse, sendo estes esforços - denominados de *coping* - adequados aos recursos pessoais de cada sujeito.

Tradicionalmente, as estratégias de *coping* têm sido distinguidas entre focadas no problema e focadas nas emoções; o *coping* focado no problema diz respeito à tentativa de se resolver a situação fonte de stresse, enquanto o *coping* focado nas emoções implica tentativas no sentido de reduzir sentimentos associados em experiências stressantes, sendo mais utilizado em situações em que o sujeito vê o stressor como incontrolável (Carver, 1997; Lazarus & Folkman, 1984).

Tem-se também distinguido entre *coping* de abordagem ou de compromisso e *coping* de evitamento ou de descompromisso; o *coping* de abordagem ou de compromisso diz respeito aos esforços para lidar com o stressor em si, seja direta ou indiretamente, enquanto que o *coping* de evitamento ou de descompromisso engloba os esforços para se evitar ter de se lidar com o stressor (Roth & Cohen, 1986; Suls & Fletcher, 1985). *Coping* de evitamento é usualmente pensado como uma forma de *coping* focado em emoções, uma vez que pode envolver tentativas no sentido de se evadir ou escapar dos sentimentos de *distress* associados com o stressor (Carver, 2007).

1.2. Stresse Relacional

O stresse está “embutido” no nosso contexto social (Lazarus & Folkman, 1984), sendo que este pode ter impacto na forma como lidamos com os outros, especialmente com o nosso companheiro amoroso (Randall & Bodenmann, 2009).

Os companheiros amorosos têm uma influência mútua muito forte na forma como os outros perspetivam as suas experiências (Kelley & Thibaut, 1978), influenciando assim não só as emoções (Butler & Randall, 2013; Schoebi & Randall, 2015) como os comportamentos das pessoas (Aron & Aron, 1996; Burke & Segrin, 2004).

A experiência de stresse é inevitável para os casais, pelo que é importante compreender como é que os parceiros lidam com o stresse no contexto do seu relacionamento (Bodenmann, 2005). De acordo com Bertalanffy (1969) em relações íntimas os parceiros influenciam-se mutuamente, constituindo em conjunto um sistema, deixando o stresse de ser apenas de um parceiro para fazer parte do sistema conjugal.

Bodenmann (2005) vem assim definir stresse diádico como um evento que preocupa ambos os parceiros, seja diretamente - quando ambos os parceiros são confrontados pelo mesmo evento stressor ou quando o stresse é originado dentro do casal, ou indiretamente – quando o stresse de um parceiro afeta a relação próxima, influenciando ambos. Nos dois casos o stresse diádico gera avaliações conjuntas e avaliações individuais que ampliam as

avaliações primárias e secundárias, na abordagem de Lazarus e Folkman (1984, citados por Bodenmann, 2005).

Atualmente, diversos investigadores indicam que o stresse no casal é sempre um fenómeno diádico, que afeta ambos da mesma forma (Bodenmann, 2005; Story & Bradbury, 2004; Williams, 1995).

1.2.1. Tipos de stresse nas relações.

O stresse diádico pode assim ser classificado: pela forma como cada parceiro é afetado pelo evento stressor (direta ou indiretamente); pelo *locus* do stresse (se este é interno ou externo ao casal); pela sequência temporal (no momento do processo de *coping* em que cada membro do casal se envolve) (Bodenmann, 2005; Randall & Bodenmann, 2009); pela intensidade do stresse (sendo major ou minor) e de acordo com a duração (que será aguda ou crónica) (Randall & Bodenmann, 2009).

Assim, Randall e Bodenmann (2009) referem que o *locus* externo respeita situações que são originadas fora da relação, como escola, trabalho, stresse financeiro ou membros familiares, ao passo que o *locus* interno se refere a stressores dentro da relação, tais como hábitos, objetivos ou desejos relacionais diferentes. Os mesmos autores indicam que stressores *major* são considerados eventos de vida críticos como a experiência de doença, situações de luto ou grandes mudanças de vida (como o nascimento de um filho ou a reforma) enquanto que os stressores *minor* integram os stressores comuns do dia-a-dia (como acordar atrasado ou ficar muito tempo no trânsito).

Quanto à duração, caso estes durem alguns dias são considerados agudos; quando duram diversos meses são chamados de crónicos (Randall & Bodenmann, 2009). No mesmo artigo é sugerido que são os fatores externos, *minor* e crónicos que, quando experienciados, têm mais influência sobre o stresse global e a satisfação relacional. McCubbin e Figley (1983) indicam que os fatores externos têm maior probabilidade de fortalecer laços familiares, aumentar a cooperação e o suporte mútuo. Por outro lado, Weiner, Graham, e Chandler (1982) indicam que fatores internos como traços de personalidade, falta de atenção ou responsabilidade têm menor probabilidade de estimular a compreensão ou comportamentos de ajuda.

1.2.2. Consequências do stresse nas relações.

Nas últimas duas décadas, stresse e *coping* têm recebido muita atenção na investigação com casais (Karney, Story, & Bradbury, 2005). O stresse diário tem um papel

crucial na compreensão das relações próximas, em parte porque é prejudicial para a sua qualidade e estabilidade (Randall & Bodenmann, 2009). Por sua vez, Williams (1995) indica que o stresse crónico na vida diária é um importante preditor negativo da satisfação conjugal e da estabilidade. Bodenmann e Cina (2006) encontraram resultados indicativos de que casais divorciados demonstravam mais altos níveis de stresse da vida diária que os casais estáveis e sem *distress*.

De acordo com Karney et al. (2005) os stressores crónicos externos diários acarretam consequências mais negativas para a qualidade conjugal do que stressores agudos ou limitados temporalmente. Uma maior frequência de stressores diários tem sido relacionada a maior stresse diádico sob a forma de conflito conjugal negativo (Halford, Gravestock, Lowe, & Scheldt, 1992; Schulz, Cowan, Cowan, & Brennan, 2004). Durante períodos de alto stresse externo, os conjugues apresentam mais avaliações negativas das experiências diárias da relação e são mais reativos a essas experiências, como as que estão fortemente relacionadas com as perceções diárias da satisfação relacional (Neff & Karney, 2009).

1.2.3. Modelos de stresse nas relações

Existem diversas pesquisas que procuram explicar a influência do stresse nos casais. Estas investigações têm sido baseadas em modelos teóricos de stresse nas relações próximas, em específico nos modelos de stresse familiar (Hill, 1958; McCubbin & Patterson, 1983) e nos modelos de stresse no casal, propostos por Karney e Bradbury (1995) e Bodenmann (1995a).

1.2.2.1. Modelo ABCX.

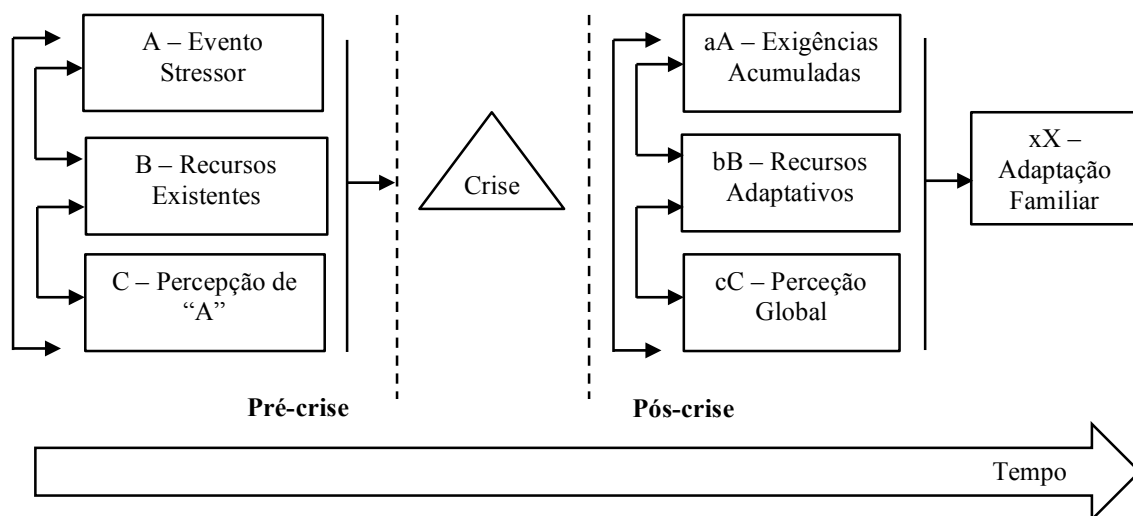
Hill (1958) apresentou um modelo de stresse familiar que ajuda a explicar o porquê das famílias serem mais ou menos afetadas por situações de stresse. Este modelo consiste em três variáveis, A, B e C que interagem para formar um produto, X, em que A corresponde ao evento stressor, B aos recursos de gestão de crise familiar, C à definição que a família faz do evento e X à crise em si (Hill, 1958). Assim, as consequências do evento stressor (que podem ser positivas ou negativas) vão depender da interação entre o evento (que tem potencial de modificar o sistema familiar), os recursos familiares (que podem ser individuais, da família como um todo e da comunidade) e o significado que se atribui à situação (de acordo com os valores do sistema familiar, dos significados anteriormente definidos e com as experiências anteriores em lidar com situações de crise) (Hill, 1958; McCubbin & Patterson, 1983).

1.2.2.2. Modelo duplo ABCX.

McCubbin e Patterson (1983) construíram o duplo modelo ABCX de forma a incluir a classificação de variáveis que ocorrem depois da crise e do ajustamento familiar (figura 1). Assim, enquanto que o modelo de Hill se focava apenas no momento pré-crise estes autores incluíram um período pós-crise. Assim, segundo os autores, aA inclui o efeito cumulativo de fatores e exigências pré e pós crise na família, bB os recursos pessoais e familiares disponíveis, tendo em conta não só os previamente existentes como os desenvolvidos como resposta à crise, cC todos os fatores relacionados com as definições da família do evento, tendo em conta a percepção global, sendo que os fatores xX dizem respeito aos fatores envolvidos na busca de novos níveis de funcionamento familiar e no efeito cumulativo causado pelas exigências dos eventos de stresse. Esta adaptação pode ser positiva (“bonadaptation”) ou negativa (“maldaptation”), dependendo dos fatores anteriormente indicados e da interação entre os mesmos (McCubbin & Patterson, 1983).

Figura 1.

Modelo Duplo ABCX



Notas. Este modelo indica as relações entre os diferentes factores envolvidos no processo de crise e a sua evolução nos diferentes momentos. Adaptado de “Family transitions: Adaptation to stress” por H. McCubbin & J. Patterson, 1983, em McCubbin, H. & Figley, C. (Eds.), *Stress and the family: Coping with normative transitions* (5-25). New York: Brunner & Mazel.

Existem assim fatores envolvidos não só na percepção da crise como na resposta familiar dada a esta (McCubbin & Patterson, 1983). Segundo Randall e Bodenmann (2009) apesar destes modelos serem interessantes, têm diversas fragilidades como o fato de apenas incluírem eventos de vida críticos e integrarem tantas variáveis e processos que tornam a

teoria impossível de testar empiricamente. A alta complexidade do modelo torna-o inútil, na prática.

1.2.2.3. Modelo de stresse vulnerabilidade – stresse – adaptação.

Karney e Bradbury (1995), num trabalho desenvolvido para expandir a perspectiva predominante de que os resultados negativos em relações conjugais são causados primariamente por défices na resolução de problemas, criou a hipótese de que o *distress* conjugal e a dissolução surgem como combinação de: vulnerabilidades duradouras (como traços de personalidade problemáticos ou família de origem turbulenta); eventos stressantes (como eventos de vida significativos, circunstâncias stressantes ou situações de transição normativas) e pobres processos adaptativos (como dificuldades em empatizar e oferecer suporte ao companheiro e fracas capacidades de resolução de problemas). Assim, de acordo com os autores neste modelo de vulnerabilidade –stresse –adaptação, o *distress* e a dissolução têm maior probabilidade de ocorrer quando os membros do casal têm um grau maior de vulnerabilidades duradouras e pobres processos adaptativos, tendo níveis mais altos de stresse. A qualidade conjugal é assumida como variando negativamente com eventos de vida agudos, flutuações estas que se esperam ser especialmente intensas quando o stresse crónico é elevado (Karney & Bradbury, 1995).

1.2.2.4. Modelo sistémico transacional.

Segundo Bodenmann (1995a), o stresse sob o ponto de vista transacional é o resultado do evento por si, mas por avaliações cognitivas, sendo que se passa da mesma forma no casal. Esta ideia é reforçada por Nock (1981), que indica que o evento de stresse por si não permite uma predição válida do ajustamento conjugal.

Bodenmann (1995a), delineia o modelo sistémico transacional do stresse e *coping* nos casais, focando-se no processo molecular do stresse e *coping* sem deixar de ter em consideração o contexto social, ecológico e familiar.

O autor, neste modelo, propõe diversas avaliações que funcionam em ambos os parceiros, distinguindo avaliações primárias e secundárias que se encontram descritas nas tabelas seguintes. Este processo inclui ainda, segundo o autor, os objetivos para com a situação de stresse, o *coping* individual de cada um e reavaliações da situação (ver figura 1).

Relativamente às avaliações primárias, estas referem-se às avaliações da situação em si, sendo que estas incluem não só as avaliações do próprio perante a situação como a

percepção que este tem das avaliações do parceiro e também as avaliações da díade (Bodenmann, 1995a) (tabela 1).

As avaliações secundárias dizem respeito às crenças da pessoa ou do casal no sentido de estes serem aptos para lidar com o stressor, sendo que no contexto do casal esta avaliação tende a ser mais complexa do que a individual, incluindo não só as avaliações de *coping* do próprio assim como as do parceiro, da díade enquanto unidade e dos recursos externos (Bodenmann, 1995a) (tabela 2).

Neste modelo Bodenmann (1995a) destaca a importância dos objetivos no processo de stress e esforços de *coping* numa direção específica. Este autor cita Folkman (1984) para indicar que objetivos de *coping* orientados podem servir como forma de reduzir condições ambientais desfavoráveis, de forma a resolvê-los ou a tolerá-los. McCubbin e Patterson (1983) discutem objetivos semelhantes no contexto familiar, através de objetivos focados da regulação individual, na regulação entre o indivíduo e a família e entre a família e a comunidade.

Tabela 1

Avaliações Primárias de Situações de Stresse

Primárias	
1a	Avaliação da situação de stresse; Cada parceiro avalia o significado da transação para o seu próprio bem-estar, para o bem-estar do parceiro e para o bem-estar do casal como unidade; Ocorre sem a participação do parceiro; Julgamento pessoal independente por cada um dos parceiros.
1b	Um parceiro tenta avaliar a percepção do outro quanto ao seu próprio stresse, ao stresse do parceiro e ao stresse diádico; Pessoa avalia como o parceiro percebe a situação atual com base nos sinais atuais, experiência anterior e conhecimento de atitudes pessoais, valores e comportamentos do parceiro.
1c	Avaliação se o outro parceiro está a avaliar a sua própria avaliação; Normalmente são analisados comportamentos verbais e não verbais, como interesse, empatia, atenção especial e preocupação pelo outro.
1d	Comparação entre avaliações próprias e avaliações do parceiro para encontrar uma síntese entre os dois pontos de vista de forma a coordenar esforços de <i>coping</i> ; Pode ocorrer com ou sem discussão com o parceiro acerca destes aspetos.

Notas. Esta tabela descreve as diferentes avaliações primárias de uma situação de stresse. Adaptado de “A systemic-transactional conceptualization of stress and coping in couples” por G. Bodenmann, 1995, em *Swiss Journal of Psychology*, 54(1), 34-49.

Em adição a estas posições teóricas, Bodenmann (1995a) propõe uma taxonomia que por um lado descreve os objetivos em individuais comparativamente aos diádicos e por outro descreve os objetivos acerca da relação comparativamente aos objetivos não relacionados

com assuntos conjugais. Assim, segundo o autor é possível que os objetivos possam diferir em situações de stresse de acordo com os objetivos individuais e diádicos e que podem ser vistos quer em relação ao relacionamento quer às variáveis externas. Os processos de *coping* nos casais requerem assim a coordenação de objetivos de forma a que possa existir uma ação conjunta, sendo que poderá ser positivo quando ambos têm alguns objetivos semelhantes, nas suas necessidades, atitudes e opiniões (Bodenmann, 1995a).

Segundo Bodenmann (1995a), as mesmas avaliações secundárias são realizadas na reavaliação, em que o indivíduo julga os resultados e os efeitos dos *coping* dele próprio, do parceiro e do casal, assim como as próprias avaliações do parceiro, comparando ambos os pontos de vista numa terceira avaliação.

Tabela 2

Avaliações Secundárias de Situações de Stresse

Avaliações secundárias	
2a	Avaliações dos recursos próprios; Incluindo as possíveis contribuições de <i>coping</i> do parceiro e as estratégias de <i>coping</i> diádico; É importante não só ter uma perceção real das possibilidades de <i>coping</i> do parceiro como ter uma visão positiva destas; Dependendo destes fatores, <i>coping</i> diádico de suporte, <i>coping</i> diádico comum ou <i>coping</i> diádico delegado (ver mais à frente neste trabalho) pode ser aplicado de forma a permitir os parceiros a enfrentar os stressores de diferentes formas.
2b	Avaliação por parte de cada um dos parceiros acerca da forma como o outro avalia os seus próprios recursos de <i>coping</i>; A forma como o outro pensa ou julga as suas capacidades de resposta é muito importante e pode facilitar a coordenação de recursos comuns e sinergia diádica de forma a contribuir para uma perceção mais relaxada da situação (quando ambos os parceiros apreciam positivamente as contribuições do outro).
2c	A avaliação secundária do próprio é comparada com a percecionada ou suposta do parceiro; Pode ocorrer ou na base de uma avaliação intrapsíquica ou numa discussão comum em que ambos expõem a sua opinião; De forma a que a díade se foque numa determinada ação de <i>coping</i> pode ser importante coordenar e encontrar uma avaliação comum em que ambos os parceiros concordam.

Notas. Esta tabela descreve as diferentes avaliações secundárias de uma situação de stresse. Adaptado de “A systemic-transactional conceptualization of stress and coping in couples” por G. Bodenmann, 1995, em *Swiss Journal of Psychology*, 54(1), 34-49.

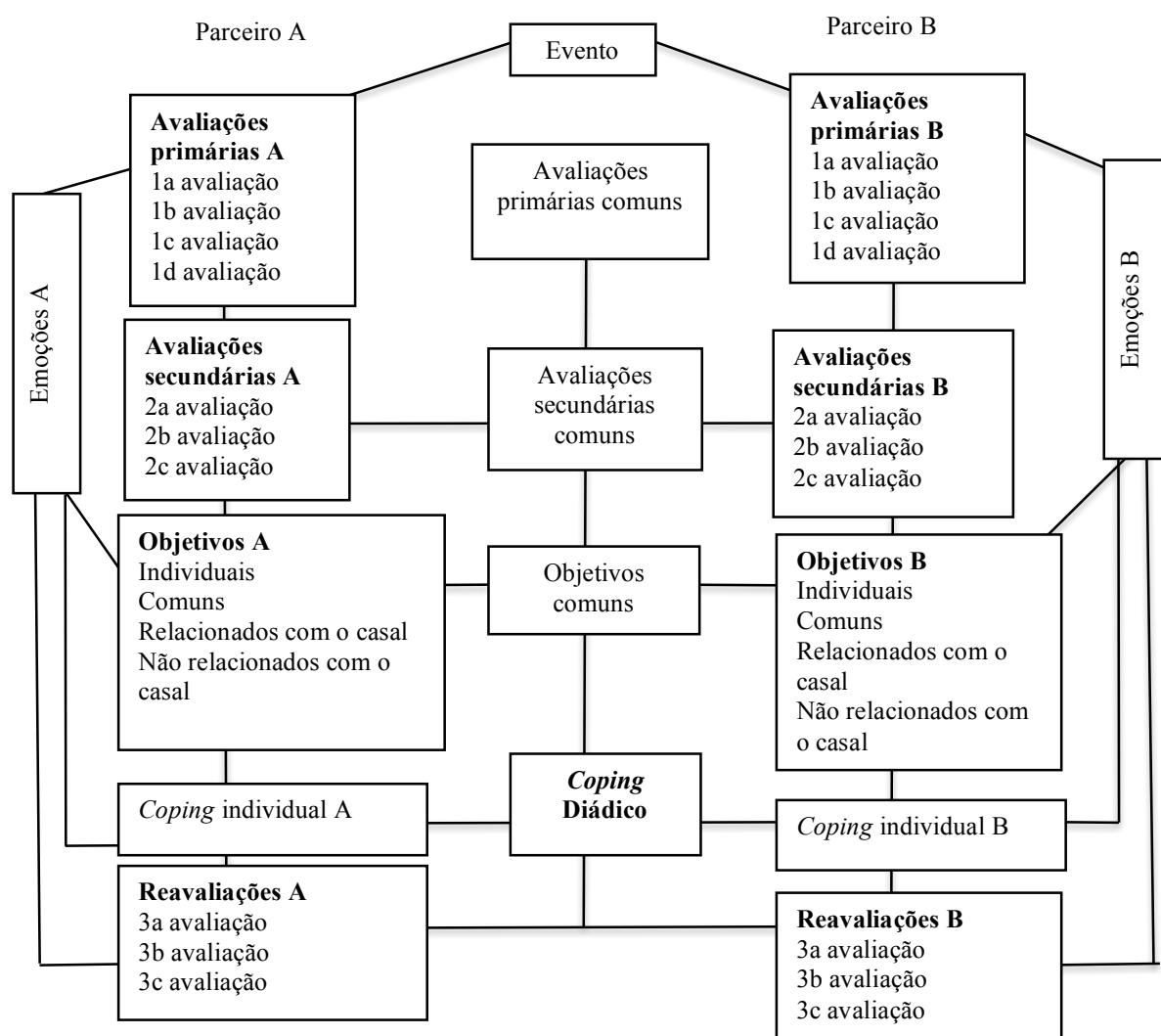
1.3. *Coping* Diádico

Assim, segundo Bodenmann (1995a), apesar da forma como o casal tenta lidar com

o stresse ter sido inicialmente estudada tendo em conta os métodos individuais de *coping* de cada uma das partes, deve também estudar-se a forma como o casal lida com o stresse enquanto unidade, através da utilização de técnicas comuns de *coping*. Segundo o autor existem assim diversos fatores envolvidos no processo que passa por diversas avaliações e reavaliações (ver figura 2).

Figura 2

Stresse e processos de coping em díades



Notas. Esta figura indica os factores envolvidos no coping diádico assim como o o seguimento de todo o processo. Adaptado de “A systemic-transactional conceptualization of stress and coping in couples” por G. Bodenmann, 1995, em *Swiss Journal of Psychology*, 54(1), 34-49.

Bodenmann (2005) vem desta forma definir *coping* diádico como todos os esforços de um ou de ambos os parceiros para enfrentar e gerir eventos stressantes que podem afetar um dos parceiros (neste caso stresse diádico indireto) ou de ambos (stresse diádico).

Assim, o *coping* diádico descreve as estratégias de *coping* com o objetivo de que seja mantido ou restaurado o equilíbrio estrutural, funcional, comportamental, emocional e social assim como o equilíbrio de cada parceiro, sendo este um padrão de *coping* sistêmico (Bodenmann, 1995a).

1.3.1. Tipos de *coping* diádico.

Inicialmente, Coyne e Smith (1991) classificaram o *coping* diádico de duas formas: compromisso ativo e *buffering* de proteção, sendo que enquanto o primeiro diz respeito às tentativas de empenho de um dos parceiros em discussão acerca das suas emoções como forma de encontrar soluções, o segundo envolve minimizar preocupações ou suprimir emoções mais intensas como forma de aliviar as emoções dos parceiros.

Bodenmann (2005) expandiu estas definições indicando que poderão existir formas de *coping* diádico positivas ou negativas. Assim, de acordo com este autor, *coping* diádico positivo inclui *coping* diádico de conjunto, de suporte, e delegado e formas negativas de *coping* diádico incluem *coping* diádico hostil, ambivalente e superficial. Segundo o mesmo, o *coping* diádico conjunto e o de suporte podem ainda dividir-se, se forem focados ou para as emoções ou para a resolução de problemas. Cohen e Lazarus (1979) distinguem entre esforços no sentido de resolução do problema (*coping* focado no problema) ou esforços no sentido de regulação emocional (*coping* focado em emoções).

Segundo Bodenmann (1995a) estas formas de *coping* coexistem com o *coping* individual, oferecendo assim possibilidade de gerir stresse focado nas emoções ou focado nos problemas e as exigências sociais do ambiente nas relações íntimas. Toda esta informação se encontra descrita em maior detalhe na tabela 3.

Segundo Bodenmann (1995a) existem dois fatores principais que têm influência sobre a prática de *coping* diádico: a competência de ambos os parceiros para realizarem *coping* diádico e a sua motivação.

Assim, segundo o autor, a habilidade para realizar *coping* diádico é formada por aptidões individuais (como competências de *coping*, efetividade de *coping* individual, experiências anteriores e adequadas avaliações de stresse) e competências diádicas (como comunicação, cooperação e organização) (Bodenmann, 1995a).

Acredita-se que a motivação para o *coping* diádico é influenciada por fatores quer extrínsecos (como a pressão social, a presença de crianças ou a falta de melhores alternativas) quer intrínsecos (como a satisfação conjugal, o sentimento de pertença, os objetivos e as expectativas acerca do futuro e continuidade da relação) assim como fatores situacionais

(relativamente aos processos de atribuição de culpa, no sentido se o parceiro poderá ter causado ou poderia ter evitado o problema) e globais (que semelhantes aos fatores intrínsecos podem ainda incluir atitudes gerais em ajudas na relação, normas pessoais e outros traços) (Bodenmann, 1995a). Este autor presume ainda que outros fatores como variáveis posicionais (hierarquia no casal, papéis assumidos, etc.) e ideologia do casal (como valores, normas, e bagagem cultural) podem também ter influência.

Tabela 3

Tipos de coping diádico

Tipos de <i>Coping</i> Diádico		Descrição
Coping Positivo	Coping diádico conjunto	Estratégias de <i>coping</i> utilizadas por ambos os parceiros quando ambos estão expostos a uma situação de stresse; Geralmente os objetivos de ambos os parceiros assemelham-se quando o <i>coping</i> diádico ocorre e permite a coordenação das exigências internas e externas; Quando ambos os parceiros estão mais ou menos diretamente envolvidos e ambos desejam a resolução do problema, tendo recursos para uma gestão conjunta; Inclui resolução de problemas conjunto, partilha de sentimentos, participação em atividades relaxantes, procura de informação e comprometimento mútuo.
	Coping diádico de suporte	Suporte de um parceiro para o outro quando apenas um está afetado pelo evento de stresse; Assume-se que este ocorre em situações em que um parceiro necessita de ajuda e o outro tem possibilidade de o auxiliar com algum tipo de suporte, de forma a auxiliar o parceiro a encontrar um novo estado adaptativo sem que, no entanto, realize <i>coping</i> no lugar do parceiro (ver <i>coping</i> delegado); Inclui compreensão empática, expressão de solidariedade com o parceiro, diálogo reconfortante e suporte prático.
	Coping diádico delegado	Quando um parceiro assume as responsabilidades e a resolução de problemas com o objetivo de aliviar o stresse do outro parceiro; É assumido que em contraste com o <i>coping</i> de suporte este parceiro toma inteira responsabilidade do processo de <i>coping</i>; Não é uma ação espontânea, mas uma consequência de um pedido por parte do outro parceiro; Inclui criação de novas divisões de tarefas de forma a oferecer ao parceiro suporte prático.

Coping negativo	Coping diádico hostil	Quando o suporte é ofensivo, insultuoso e pouco respeitoso; Inclui desprezo, distanciamento, gozo, sarcasmo, desinteresse aberto ou minimização da gravidade do stresse do parceiro.
	Coping diádico ambivalente	Suporte hipercrítico, incongruente e arrependido; Inclui situações como colocar questões e não escutar de seguida e/ou oferecer suporte sem empatia.
	Coping diádico superficial	Quando o suporte é feito de forma involuntária ou com a atitude de que a contribuição seja desnecessária; Suporte não dedicado e vazio.

Notas. Esta tabela indica os tipos de *coping* diádico existentes assim como uma descrição de cada um. Adaptado de “A systemic-transactional conceptualization of stress and coping in couples” por G. Bodenmann, 1995, em *Swiss Journal of Psychology*, 54(1), 34-49.

1.3.2. Impacto do *coping* diádico.

Diversos estudos dedicaram-se a estudar o impacto do *coping* diádico nos casais, verificando que este é altamente preditivo do funcionamento da relação, do desenvolvimento das relações próximas e da estabilidade (Bodenmann, 2005; Bodenmann & Cina, 2006).

Bodenmann (2000) assume que os stresses diários originados fora do relacionamento que se envolvem no casamento são particularmente prejudiciais para as relações próximas se forem mal geridos, podendo levar à alienação mútua e diminuindo a qualidade da relação ao longo do tempo. Este autor sugere que o stresse externo afeta a relação, por diminuir o tempo que os parceiros passam juntos, diminuir a qualidade da comunicação, aumentar o risco de problemas físicos e psicológicos e aumentar a probabilidade de traços de personalidade problemáticos serem expressos pelos parceiros.

Falconier, Jackson, Hilpert, e Bodenmann (2015) numa metanálise envolvendo 72 estudos, analisaram o impacto do *coping* diádico de acordo com o tipo de *coping*. Estes autores encontraram resultados indicativos de que tanto formas de *coping* diádico positivas como negativas têm impacto na satisfação com a relação, embora em direções opostas. No entanto, estes autores verificaram que a perceção de *coping* geral positivo foi um fator preditor de satisfação relacional mais do que a perceção geral que o *coping* diádico negativo. Assim, os autores sugerem que, como forma de melhorar a satisfação relacional no casal, será mais eficiente realizar esforços no sentido de melhorar os esforços de ambos os parceiros em se envolverem em formas de *coping* positivo, mais do que em reduzir formas negativas de *coping*.

Estes dados parecem ser corroborados por outros estudos, que indicam que o

envolvimento em *coping* diádico positivo perante o stresse interno tem sido associado a mais satisfação relacional, enquanto que a envolvimento em *coping* diádico negativo tem sido associada a menor satisfação relacional (Bodenmann, 2005; Bodenmann, Pihet, & Kayser, 2006). Segundo Bodenmann (2005), a envolvimento em *coping* diádico positivo pode resultar em maior comunicação, reestruturações positivas e menores níveis de stresse, o que por sua vez também aumenta a satisfação relacional. Diversos estudos têm associado o *coping* diádico positivo quer a bem-estar individual (Hausler et al., 2016; Regan et al., 2014) como a bem-estar relacional (Bodenmann, et al., 2006; Falconier et al., 2015)

Bodenmann (2005) verificou que a relação é facilitada através de dois mecanismos separadamente, assim, o primeiro é através de uma função moderadora do *coping* diádico que alivia o impacto negativo do stresse no casamento, sendo que o segundo funciona através do desenvolvimento de sentimentos mútuos de intimidade, confiança e pensamentos de que a relação é útil e de suporte. Por sua vez Cutrona (1996) indica que a função primária do *coping* diádico se relaciona com gestão de stresse, existindo benefícios suplementares como manifestação do investimento em relações que promovam proximidade e segurança.

Diversos estudos demonstraram que a qualidade do *coping* diádico está associado com stresse psicológico, bem-estar e qualidade do relacionamento (Martin, Peter-Wight, Braun, Hornung, & Scholz, 2009). *Coping* ambivalente ou hostil está relacionado com casais sob *distress* ou no contexto de perturbações mentais ou doenças crónicas (Bodenmann, Widmer, Charvoz, & Brandbury, 2004).

1.3.3. *Coping* diádico e a transição para a parentalidade.

Que seja do nosso conhecimento não existem estudos que relacionem o *coping* diádico com alguns aspetos da transição para a parentalidade. No entanto, como veremos seguidamente, existem alguns estudos que estudam a importância da relação do casal e o *coping* individual neste mesmo contexto.

Estratégias de *coping* individuais frequentes na gravidez parecem ter um efeito positivo na saúde materna (Giurgescu, Penckofer, Maurer, & Bryant, 2006; Hamilton e Lobel 2008). Por outro lado, algumas evidências apontam que o stresse na gravidez poderá ter diversas consequências negativas: mulheres com altos níveis de stresse têm menor probabilidade de manter níveis de saúde ótimos durante a gravidez e maior probabilidade para fumarem e serem sedentárias (Lobel et al., 2008; Weaver, Campbell, Mermelstein, & Wakshlag, 2008), apresentam maior risco de partos prematuros e dos bebés nascerem com baixo peso (Schetter & Glynn, 2010; Schetter & Lobel, 2012). Henriksen e Thuen (2015)

encontraram resultados indicativos de que altos níveis de stresse na gravidez se encontram associados a maior frequência de doenças infecciosas assim como uma maior variedade destas nas crianças. Polanska et al. (2017) encontraram associações entre ansiedade materna durante a gravidez e funções cognitivas diminuídas em crianças durante os dois primeiros anos de vida.

Por outro lado, investigadores encontraram dados indicativos de que casais que oferecem confiança e afeto mútuo tendem a estar mais predispostos a trabalhar de forma conjunta e coparental (McHale & Fivaz-Depeursinge, 1999; Kolak & Volling, 2007).

A relação conjugal e o suporte do parceiro durante a transição para a parentalidade tem sido tidos como de maior importância para os níveis de ansiedade (Bayrampour, McDonald, & Tough, 2015; Biaggi, Conroy, Pawlby, & Pariante, 2016; Lee et al., 2007; Pilkington, Milne, Cairns, Lewis & Whelan, 2015), depressão (Biaggi et al., 2016; Lee et al., 2007; O'hara & Swain, 1996; Surkan, Peterson, Hughes & Gottlieb, 2006; Zeng, Cui & Li, 2015). Por outro lado, existem estudos que relacionam estratégias de *coping* individuais com ansiedade (Peñacoba-Puente, Carmona-Monge, Marín-Morales, & Naber, 2013) e depressão (Guardino & Schetter, 2014).

Gao, Chan e Mao (2009, citados por Ngai & Ngu, 2013), associaram a qualidade de vida do casal durante a transição para a parentalidade com a relação do casal. Também o suporte social parece relacionar-se com a qualidade de vida materna durante este período (Webster, Nicholas, Velacott, Cridland, & Fawcett, 2011). O *coping* individual parece ainda relacionar-se com alguns aspetos do parto como o peso do bebé (Borders, Grobman, Amsden, & Holl, 2007) e a cesariana por emergência (Ryding, B. Wijma, K. Wijma, & Rydhstrom, 1998).

Como verificámos até ao momento a transição para a parentalidade é um período em que a mulher está vulnerável a altos níveis de stresse, os quais podem ter consequências nefastas para a mesma, para as suas relações e para o bebé. Verificámos também que existem diversas formas de gerir momentos de stresse, não só individualmente como em casal. Verificámos ainda que quando o stresse não é bem gerido e alguns aspetos relacionais estão em falta durante a gravidez, a mulher poderá ter maior propensão a desenvolver ansiedade e depressão e piorar a sua qualidade de vida, o que iremos analisar em maior detalhe nos capítulos seguintes.

II. Ansiedade

A ansiedade é caracterizada pela Associação Americana de Psicologia (2014) como uma antecipação apreensiva de situações de perigo futuras acompanhada por preocupação e sofrimento que pode incluir sintomas somáticos de tensão, preocupação, inquietação, agitação, perturbações no sono e apreensão.

Baxter, Scott, Vos, e Whiteford (2013) dedicaram-se a estudar a prevalência de sintomas de ansiedade a nível mundial. Num estudo de revisão sistemática envolvendo mais 44 países estes autores encontraram resultados indicativos de que as perturbações de ansiedade são bastante frequentes, afetando 7 % da população mundial. Em Portugal, segundo Almeida e Xavier (2013) a prevalência de ansiedade na população portuguesa no ano anterior ao estudo foi bastante superior a esses dados, tendo sido de 16.5%. Parece-nos assim importante estudar a ansiedade, uma vez que parece ser bastante frequente na população.

As primeiras tentativas de se estudar a ansiedade no período perinatal remontam os anos 50, quando Pleshette, Asch, e Chase (1956) se dedicaram a estudar a natureza da ansiedade e os possíveis efeitos em determinados aspetos da gravidez, do parto e no puerpério. Estes autores encontraram, em mais de metade das pacientes, receios relacionados com o parto e com o bebé. Como veremos seguidamente, outros autores verificaram que na fase de transição para a parentalidade os sintomas de ansiedade parecem ser ainda mais frequentesque na maioria da população e poderá ter consequências muito prejudiciais para quem sofre deste problema, para os companheiros e para os filhos.

2.1. Ansiedade Pré-Natal

Estudos indicam que no período pré-parto a prevalência de sintomas de ansiedade é ainda maior, comparativamente à população mundial, tendo alguns autores encontrado uma prevalência de 18.8% de sintomas severos de ansiedade (Nagandla et al., 2016).

2.1.1. Caracterização e sintomas.

A principal característica da ansiedade pré-parto é a preocupação excessiva acerca de diversos aspetos da gravidez, do parto e do período pós-parto (Brenes, & Milo, 2000). Standley, Soule, e Copans (1979) identificaram três dimensões, associadas à ansiedade pré-parto: ansiedade acerca da gravidez e do parto, ansiedade sobre os cuidados para com o bebé e sintomatologia psiquiátrica. Levin (1991) identificou também três dimensões: ansiedade acerca de estar grávida, ansiedade acerca do parto e ansiedade acerca da hospitalização.

Diversas emoções são observadas em mulheres grávidas que sofrem de ansiedade. A emoção mais acentuada é o medo do desconhecido ou de um evento específico, tal como o parto ou anormalidades no feto (Harpel, 2008). Outras emoções observadas são nervosismo e irritabilidade (Brenes & Milo, 2000; Harpel, 2008), humor e temperamento instáveis (Harpel, 2008) e pânico (Brockington, Macdonald, & Wainscott, 2006).

A ansiedade durante a gravidez poderá acarretar diversos sintomas fisiológicos como problemas do sono, incluindo insônia, pesadelos, dificuldades em adormecer e interrupções no sono (Brenes & Milo, 2000; Brockington et al., 2006; Harpel, 2008; Pleshette, et al., 1956). Pode também ocorrer uma amplificação de sintomas físicos tais como dores de estômago, dor ou problemas durante as relações sexuais, dores de cabeça, enjoos e dores no coração ou no peito, desconfortos gastrointestinais como náuseas e vômitos (Kelly, Russo & Katon, 2001) e fadiga geral (Andersson, Nilsson, & Adolfsson, 2012).

Segundo a perspectiva da mulher grávida a ansiedade é relacionada principalmente com medo e antecipação e pode ser percebida como normal ou anormal, sendo que a ansiedade pré parto pode ser considerada como um indicador saudável da tarefa maternal de proteger o feto de danos (Harpel, 2008). Segundo Wenzel e Stuart (2011) a ansiedade torna-se desafiadora quando afeta o dia-a-dia da mulher e, quando presente em casos severos, consome uma parte significativa do seu tempo e interfere com a capacidade de funcionar nas suas responsabilidades, relações, cuidados pessoais e relaxamento. Guardino e Schetter (2014) destacam ainda a duração da ansiedade. De acordo com estes autores a ansiedade persistente que interfere com o funcionamento diário pode ser indicadora de uma perturbação de ansiedade.

Diversos autores observaram que os sintomas de ansiedade se refletem num padrão de U durante a gravidez, decrescendo do primeiro para o segundo trimestre e depois aumentando do segundo para o terceiro trimestre com a proximidade do parto (Lee, Chong, Chiu, Lam, & Fong, 2007) seguidos por uma descida após o parto (Andersson, et al, 2012). Quando presente na gravidez pode, em casos severos, de acordo com Bayrampour, Ali, McNeil, Benzies, MacQueen, e Tough (2016), estar associada a consequências comportamentais maternas como atitudes negativas, procura excessiva de reafirmação e comportamentos evitantes. Na gravidez esta é associada com diversas consequências para as mães como depressão pós-parto (Heron, O'Connor, Evans, Golding, & Glover, 2004).

2.1.2. Consequências.

Diversos autores sugerem que a ansiedade pré-natal pode estar mais fortemente

associada a consequências para a mãe e o bebê, comparativamente à ansiedade geral, sendo também possível prever estas consequências com maior exatidão (Blair, Glynn, Sandman, & Davis, 2011; Lobel et al., 2008).

Segundo alguns autores podem-se esperar efeitos na mãe como impaciência (Harpel, 2008), muito stresse e incapacidade de perspetivar a chegada do bebê (Sjogren, 1997), dificuldades de concentração (Brenes & Milo, 2000; Harpel, 2008), diminuição das capacidades cognitivas (Kataja, et al., 2017), indecisão (Brenes & Milo, 2000), sensação de disfuncionalidade (Schneider, 2000) e depressão pós-parto (Heron, et al, 2004). De acordo com Kim et al. (2006) mães com ansiedade tendem a aceder tarde aos serviços pré-natais, a comparecer com menor frequência e a não fazer exames regularmente. Por outro lado, outros estudos encontraram resultados que indicam que mulheres com alta ansiedade pré-parto têm mais visitas ao obstetra, estando este fator relacionado com o medo do parto (Andersson et al., 2004; Rubertsson, Hellstrom, Cross, & Sydsio, 2014).

A ansiedade materna parece ainda estar associada a consequências para o bebê como: nascimentos prematuros (Kramer et al., 2009) e baixo peso ao nascer (Teixeira, Fisk, & Glover, 1999); alterações cognitivas (Loomans et al., 2012) e na função executiva (Buss, Davis, Hobel, & Sandman, 2011); maior propensão a desenvolver sintomas de ansiedade (Davis & Sandman, 2012) e alterações no temperamento das crianças (Blair et al., 2011; Davis et al., 2007). Os efeitos da ansiedade pré-natal nas crianças podem ainda incluir emocionalidade negativa (Gutteling, Weerth, & Buitelaar, 2005; Huizink et al., 2002), défice de atenção (Van den Bergh et al., 2005), atrasos no desenvolvimento mental e motor (Huizink, et al., 2003) e mudanças no volume de matéria cinzenta (Buss et al., 2010).

O mecanismo através do qual uma elevada ansiedade tem consequências negativas para as crianças ainda não é claro. Diversos estudos sugerem que a estimulação do sistema hipotálamo-hipofisário provocada por ansiedade e as consequentes elevações de cortisol maternas e no feto contribuem para estas consequências (Sarkar, Bergman, O'Connor, & Glover, 2009; Talge, Neal, & Glover, 2007).

2.1.3. Fatores.

Biaggi et al. (2016) numa análise sistemática envolvendo mais de 97 estudos analisaram os diversos fatores que influenciam a ansiedade pré parto. Assim, os autores distinguem determinados fatores que têm influência considerável sobre a ansiedade pré-parto (no sentido de maior propensão ao desenvolvimento de ansiedade): história de abuso ou violência doméstica e exposição a eventos adversos da vida; história pessoal de doenças

mentais; gravidez não planeada ou indesejada; nível elevado de stresse percebido; complicações relacionadas com a presente gravidez e falta de suporte social ou do parceiro.

Existem alguns estudos indicativos de que fatores da personalidade materna se relacionam com a ansiedade pré-natal. Segundo Bayrampour et al. (2015) grávidas menos otimistas parecem ter maior propensão para desenvolver sintomas de ansiedade, comparativamente a grávidas mais otimistas. De acordo com Martini et al. (2015), uma baixa autoestima materna também se relaciona com a ansiedade pré-parto.

Segundo Nasreen, Kabir, Forsell, e Edhborg (2011) a educação poderá servir como fator protetor ao desenvolvimento de ansiedade pré-parto, nomeadamente através do desenvolvimento de sentimentos de valor próprio e redução de sentimentos de vergonha.

Glover (2014) indica que os mecanismos biológicos envolvidos na ansiedade pré-parto ainda não são totalmente compreendidos, no entanto sugere que uma diminuição no fluxo sanguíneo e uma exposição do feto a altos níveis de cortisol parecem relacionar-se com esta.

Ainda relativamente ao estudo de Biaggi et al. (2016), em alguns dos fatores estudados os autores encontraram resultados contraditórios, nomeadamente, historial de abortos espontâneos anteriores, idade da mãe, ser ou não o primeiro filho, estarem ou não desempregadas e baixos rendimentos familiares.

Gambrel e Piercy (2014) encontraram indicadores de que a satisfação conjugal está associada a reduzidos riscos de desenvolver ansiedade pós-parto. Biaggi et al. (2016) distinguem a falta de suporte social e do parceiro como dos maiores fatores de risco para a ansiedade na gravidez, Bayrampour et al. (2015) indicam ainda a baixa satisfação conjugal. Já o suporte percebido e a satisfação conjugal parecem funcionar como fatores protetores contra a ansiedade e depressão maternas (Lee et al., 2007).

Pilkington, et al. (2015) numa metanálise encontraram evidências de que a perceção de proximidade emocional entre o casal, caracterizada por sentimentos de pertença, afeto e compromisso com a relação, é um preditor significativo de baixos níveis de ansiedade, quer no período pré-natal quer no pós-natal.

Diversos autores encontraram resultados indicativos de que uma relação problemática, pobre ou conflituosa pode atuar como fator de risco de desenvolvimento de ansiedade durante a gravidez (Giardinelli et al., 2012; Martini et al., 2015; Nasreen et al., 2011).

2.2. Ansiedade Pós-Natal

Existe bastante investigação que se foca no estudo de depressão pós-parto e o stresse associado (Bandelow, Sojka, Brooks, Hajak, Bleich, & Ruther, 2006; Beck, 2002; Engqvist, Ahlin, Ferszt, & Nilsson, 2011; Milgrom & Beatrice, 2003; O'Hara & Swain, 1996). No entanto existe pouca informação consistente acerca de ansiedade no período pós-parto (Ross & McLean, 2006). Segundo Matthey, Barnett, Howie, e Kavanagh (2003) embora a ansiedade em novas mães, atualmente, ser foco de atenção científica, tem-lhe sido prestada pouca atenção, comparativamente à depressão pós-parto.

No entanto, também no período pós-parto as mulheres parecem estar muito suscetíveis de desenvolver problemas de ansiedade. Segundo Wenzel et al. (2005), a percentagem de perturbação generalizada de ansiedade é bastante maior em mulheres no período pós-parto comparativamente à população geral. Diversos estudos encontraram uma prevalência de sintomas severos de ansiedade entre 13.1 a 24.9% (Bener, Gerber & Sheikh, 2012; Britton, 2005; George, Luz, De Tychey, Thilly, & Spitz, 2013).

2.2.1. Caracterização e sintomas.

Brockington (2004) considera o termo depressão pós-parto como um termo abrangente que envolve diversas perturbações. No entanto, para Wenzel, Haugen, Jackson, e Robinson (2003) existe a necessidade de considerar as perturbações de ansiedade no período pós-parto como um grupo de perturbações separadas da depressão.

Marrs, Durette, Ferraro e Cross (2009) indicam que os sintomas de ansiedade, especialmente ansiedade generalizada devido à maternidade e à autocrítica, correspondem a uma grande parte do stresse psiquiátrico pós-parto.

Mulheres com ansiedade pós-parto experienciam preocupação persistente e excessiva, medo, tensão e dificuldades de concentração. Algumas mulheres têm também pensamentos ou imagens recorrentes de pânico acerca da sua criança ser magoada (Katona, Livingston, & Cooper, 2008).

A ansiedade pós-parto está associada frequentemente a baixos níveis de auto-confiança (Reck, Noe, Gerstenlauer, & Stehle, 2012) e aumento de fadiga (Taylor & Johnson, 2013). Segundo Hart e McMahon (2006) sintomas elevados de ansiedade pós-parto estão associados a atitudes negativas acerca da maternidade e acerca da própria, enquanto mãe.

De acordo com diversos autores muitas mães experienciam ansiedade passageira como resultado normal do stresse do parto e do ajustamento à parentalidade. Em muitas destas situações, as mães não estão sob risco de desenvolver resultados negativos nem

necessitam de tratamentos psicoterapêuticos ou psicofarmacológicos formais (Dennis, Coghlan, & Vigod, 2013; Matthey & Ross-Hamid, 2012).

2.2.2. Consequências.

Seymor, Giallo, Cooklin, e Dunning (2015) estudaram a ansiedade materna durante o primeiro ano após o parto. Neste estudo, níveis elevados de ansiedade materna foram associados a afeto, envolvimento, eficácia e satisfação parental pobres e alta hostilidade parental. Altos níveis de ansiedade foram também associados a um aumento de irritabilidade e frustração na relação mãe-bebê. A ansiedade e estes comportamentos parentais são potencialmente impactantes nas percepções maternas da qualidade da relação entre as crianças e as suas capacidades parentais. Segundo estes autores, ansiedade elevada está associada a dificuldades nas relações entre mães e crianças, assim como a percepções de que as crianças as rejeitam ou que estas não vão ao encontro das suas expectativas. Altos níveis de ansiedade parecem também estar associados a uma auto-eficácia parental diminuída. Estes autores justificam estes dados sugerindo que a tensão física, irritabilidade e agitação frequentemente associados com ansiedade materna escalam rapidamente durante as interações com a criança, o que poderá resultar num aumento da frustração e do volume de voz. Os autores sugerem que poderá também ser difícil para as mães pensar acerca das estratégias mais adequadas para gerir dificuldades parentais quando se experienciam altos níveis de ansiedade.

Estes dados são consistentes com outros estudos, indicativos de que a ansiedade materna pode ter impacto na capacidade materna para reconhecer oportunidades de se envolver em comportamentos afetuosos, tornando a mãe menos sensível aos sinais das crianças (Arteche et al., 2011; Barnett, 1986; Feldman et al., 2009; Murray, Cooper, Creswell, Schofield, & Sack, 2007).

Por outro lado, fracas interações entre a mãe e o bebê podem provocar choro em excesso (Petzoldt et al, 2014), perturbações no sono das crianças (Warren, Racu, Gregg, & Simmens, 2006), dificuldades de internalização (Barker, Jaffee, Uher, & Maughan, 2011), pobre compromisso social (Feldman et al., 2009), stresse perante novas experiências (Reck, Muller, Tietz, & Mohler, 2013) e pobre desenvolvimento cognitivo (Keim et al., 2011) e motor (Pinheiro et al., 2014). O'Connor, Heron, Golding, Beveridge, e Glover (2002) estudaram os efeitos a longo prazo de ansiedade pré e pós-parto, enquanto preditoras de hiperatividade e pouca concentração em crianças aos 4 anos de idade. Estes resultados são correspondentes aos de Clavarino et al. (2010) que encontraram resultados indicativos de que a ansiedade materna pode relacionar-se com o aumento de problemas de atenção nas crianças.

No entanto, pouco é ainda conhecido acerca da forma como o comportamento da criança influencia a afetividade materna. Alguns estudos indicam que temperamentos difíceis dos bebês se encontram relacionados com altos níveis de ansiedade no período pós-parto. (Britton, 2011; McMahon, Barnett, Kowalenko, Tennant, & Don, 2001; Mednick, 1996; Miller, Barr, & Eaton, 1993). Crianças com comportamentos difíceis (por exemplo irritáveis, exigentes e hiperativas) estão também associadas a altos níveis de ansiedade materna. Comportamentos infantis como agitação e hábitos de alimentação e de sono pobres podem exacerbar sentimentos em mães ansiosas (Seymour et al., 2015). Alguns estudos têm resultados indicativos de que os fatores parentais têm influência sobre o funcionamento da criança o que, por sua vez, influencia o funcionamento dos pais (Pesonen et al., 2008; Zadeh, Jenkins, & Pepler, 2010).

2.2.3. Fatores.

No seu estudo acerca da ansiedade materna durante o primeiro ano de vida do bebê Seymour, et al. (2015) dedicaram-se a estudar os fatores de risco associados à ansiedade pós-natal. Segundo estes autores, baixos níveis de realização educacional foram associados com alta ansiedade, em que mulheres em situações socioeconômicas desvantajosas poderão estar mais vulneráveis durante o período pós-natal.

Diagnósticos anteriores de ansiedade ou depressão servem como fatores de risco para ansiedade pós-parto (Britton, 2008; Engle, Scrimshaw, Zambrana, & Schetter, 1990; Grant, McMahon, & Austin, 2008; Reck et al., 2008), assim como a história reprodutiva (Giakoumaki, Vasilaki, Lili, Skouroliahou, & Liosis, 2009), ser uma gravidez indesejada (Engle, et al, 1990), insatisfação com os cuidados pré-natais (Barnett & Parker, 1986), complicações durante a gravidez e o parto (Barnett & Parker, 1986; Engle, et al, 1990), stresse (Britton, 2008) e baixa auto-eficácia (Martini et al., 2015).

Existem resultados controversos quanto à associação entre ansiedade pós-parto e ser mãe pela primeira ou mais vezes. Enquanto alguns estudos encontraram mais sintomas de ansiedade presentes em mães multíparas (Figueiredo & Conde, 2011; Skari et al., 2002; Vliegen, Luytena, Meursa, & Cluckersa, 2006), outros encontraram mais sintomas de ansiedade em mães pela primeira vez (Gameiro, Moura-Ramos, & Canavarro, 2009; Giakoumaki et al., 2009). Outros, ainda, não encontraram quaisquer diferenças (Lee et al., 2007; Wu, Viguera, Riley, Cohen, & Ecker, 2002).

A insatisfação com a gravidez e com as circunstâncias relacionadas com a maternidade, devido a experiências com gravidezes anteriores e dificuldades relacionadas

com cuidados para com crianças, pode também servir como forma de promover o desenvolvimento de sintomas de ansiedade (Highet, Stevenson, Purtell, & Coe, 2014). Assim, a percepção da mulher de experiências com o parto ou partos anteriores serve como preditor de ansiedade pós-parto (Giakoumaki et al., 2009; Tuohy & McVey, 2008; Weisman et al. 2010).

Baixa percepção de suporte social e uma relação pobre no casal foram associados com aumento de sintomas de ansiedade, sendo que mães com suporte inadequado podem sentir-se sobrecarregadas, o que poderá dar origem a preocupações e isolamento (Seymour et al., 2015).

Segundo Pilkington et al. (2015), a partir de uma revisão metanalítica envolvendo 120 estudos, é possível afirmar que existe uma clara evidência de que o sentimento de pertença de acordo com os parceiros, caracterizados por sentimentos de pertença, afeto e compromisso para com o relacionamento, serve de preditor significativo de baixos níveis de ansiedade durante o período perinatal.

De acordo com diversos estudos o suporte com o parceiro está associado a baixos níveis de ansiedade no período pós-parto (Clavarino et al., 2010; Figueiredo et al., 2008; Whisman, Davila, & Goodman, 2011).

A ansiedade e a depressão têm alta comorbilidade durante o período pré-natal (Lancaster et al., 2010) quer no período pós-natal (Verreault et al., 2014).

Como veremos no capítulo seguinte também nesta fase as mulheres estão mais vulneráveis a sofrer de sintomas de depressão.

III. Depressão

A tristeza é uma emoção normal que ocorre ao longo da vida dos sujeitos, especialmente em situações de frustração, stresse ou de perda (Ito, 1998). No entanto, esta não deve ser confundida com a depressão clínica, que, como veremos seguidamente, tem um diagnóstico próprio e consequências prejudiciais, quer para quem sofre destes sintomas quer, frequentemente, para as relações envolventes.

De acordo com a Associação Americana de Psicologia (APA, 2014) a perturbação depressiva *major* (PDM), comumente denominada de depressão, implica a existência de pelo menos um estado depressivo *major*. A definição de episódio depressivo *major* inclui a presença de humor deprimido ou perda de interesse ou prazer em conjunto com, pelo menos, cinco dos sintomas seguintes quase todos os dias: alterações no peso ou no apetite; insónia ou hipersónia; agitação ou lentificação psicomotora; fadiga ou perda de energia; sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriadas; capacidade de concentração; sentimentos de inutilidade ou de culpa excessiva ou inapropriada; pensamentos recorrentes de morte ou ideias suicidas recorrentes ou tentativas de suicídio (APA, 2014). Estes sintomas trazem ao indivíduo sofrimento significativo ou prejuízos no funcionamento social, profissional, ou noutras áreas importantes da sua vida, sendo que para o diagnóstico deverão ser excluídos efeitos decorrentes de substâncias ou de outras condições médicas, assim como um histórico de episódios maníaco ou hipomaníaco. Os sintomas não deverão ser melhor explicados por outras perturbações do espectro da esquizofrenia e deverão ter uma duração de, pelo menos, duas semanas (APA, 2014).

A depressão é uma perturbação mental bastante comum e uma das grandes causas da incapacidade em todo o mundo, afetando cerca de 4.3% da população a nível mundial (World Health Organization, 2018). Em Portugal, segundo Almeida e Xavier (2013) a prevalência de depressão na população portuguesa no ano anterior ao estudo foi superior a esses dados, tendo sido de 6.8%.

Os critérios de diagnóstico para depressão perinatal não diferem dos critérios de diagnóstico de diagnóstico de outros períodos, no entanto a apresentação dos sintomas poderá incluir sintomas característicos deste período (Bennett, Einarson, Taddio, Koren, & Einarson, 2004).

3.1. Depressão Pré-Natal (DPN)

Segundo Gavin et al. (2005), a depressão no período pré-natal é bastante comum, afetando cerca de 12.9% das grávidas. Pereira, Lovisi, Lima, e Legay (2010) reforçam esta

informação, indicando que a depressão é a perturbação psiquiátrica mais comum durante a gravidez. Bennett et al. (2004) justificam esta elevada prevalência com as alterações hormonais sofridas pelas mulheres durante a gravidez. M. Baptista, Baptista e Oliveira (1999) indicam ainda que, pelo facto da gravidez e do parto serem fatores de stresse, estes contribuem para um maior risco de se desenvolver depressão nesta fase.

Segundo Mazet et al. (2002), durante a gestação as mães exibem frequentemente sintomas de depressão que podem ser atribuídos a sensibilidade e irritabilidades próprias das características fisiológicas da gravidez, o que deverá ser alvo de atenção por parte de clínicos.

3.1.1. Caracterização e sintomas.

Apesar da definição formal de DPN não se distinguir da definição referida anteriormente pela Associação Americana de Psicologia (2014), alguns autores exploram a prevalência da DPN considerando depressão moderada quando existe a presença de alguns sintomas de depressão, mesmo que estes não sejam suficientes para o diagnóstico de PDM (Gotlib, Whiffen, Mount, Milne, & Cordy, 1989).

Gaynes et al. (2005), num estudo metanalítico, envolvendo 30 artigos que se dedicaram a estudar a prevalência da depressão durante a gravidez e no período pós-parto, verificaram que a incidência de episódios depressivos é maior no primeiro trimestre da gravidez, decresce até fim da gravidez para aumentar drasticamente nas primeiras 5 semanas após o parto, antes de decrescer novamente.

3.1.2. Consequências.

A depressão ao longo da gravidez tem sido alvo de estudo e associada a consequências como partos prematuros (Dayan et al., 2006), baixo peso nos recém-nascidos (Tomita, Labys, & Burns, 2015), alterações nos laços vinculares da mãe com o bebé (Perry, Ettinger, Mendelson, & Lee, 2011) e no temperamento da criança (Davis et al., 2007).

Quando não tratada, a DPN pode ter consequências negativas não só para a mãe e o bebé, mas também para a relação do casal (Zelkowitz & Milet, 1996). Pode ainda ser fonte de stresse parental (Leigh & Milgrom, 2008).

A depressão na gravidez sem sido associada a hipertensão, pré-eclampsia e diabetes gestacional (Grote et al., 2010), descolamentos da placenta e perdas de sangue (Preti et al, 2000). Andersson, Sundstrom-Poromaa, Wulff, Astrom, e Bixo (2004) verificaram num estudo que mulheres com DPN têm uma maior probabilidade de sofrer de náuseas, vômitos e de pedir baixas médicas no trabalho, assim como parecem solicitar mais consultas médicas

devido ao medo excessivo do parto. Kelly et al. (2001) observaram ainda um maior número de queixas somáticas nestas mulheres como dores de cabeça, tonturas, dificuldade em respirar e dores de estômago.

Outros problemas associados com a depressão durante a gravidez podem incluir comprometimentos do funcionamento diário. Mulheres deprimidas podem ter pobre conformidade com os cuidados obstétricos e um uso aumentado de medicação, drogas, álcool e tabaco (Yonkers et al., 2009). A DPN também tem sido associada a uma baixa responsividade para com o bebê (Wisner et al., 2009). Em casos extremos, tal como a depressão fora deste período, a depressão durante a gravidez pode inclusivamente envolver ideias suicidas ou tentativas de suicídio por parte da mãe (Pereira et al., 2010).

De acordo com Grote et al. (2009), o stresse psicológico durante a gravidez pode afetar as circunstâncias do parto, como o parto prematuro, provocar restrições no crescimento intrauterino e diversas complicações. A depressão nesta fase tem sido também associada a baixos valores no teste de APGAR (que avalia o nível de adaptação do bebê à vida fora do útero) e a baixo peso ao nascer (sendo o baixo peso considerado como menos que 2500 gramas) (Grote et al., 2010). Diversos estudos indicam inclusivamente que a DPN está associada a partos por cesariana (Kringeland, Daltveit, & Miller, 2010; Rauh et al., 2012), um maior pedido de epidurais ou medicação para as dores durante o parto (Andersson et al., 2004) e a uma maior utilização de instrumentos durante o parto como ventosas ou fórceps (Chung, Lau, Yip, Chiu, & Lee, 2001).

A DPN pode ainda afetar a atividade e a responsividade do feto (Gold & Marcus, 2008). Os efeitos da DPN podem-se estender à vida social e à saúde mental das crianças, incluindo um risco mais elevado de desenvolver défices de atenção e hiperatividade, ansiedade, depressão, autismo e até esquizofrenia ao longo da vida (Brand & Brennan, 2009; Marcus & Herinhausen, 2009; Maki et al., 2010). A DPN é ainda o principal fator de risco para de depressão pós-parto (DPP), sendo esta frequentemente um prolongamento da depressão iniciada na gravidez (O'Hara & Gorman, 2004; Pereira & Lovisi, 2008).

3.1.3. Fatores.

Biaggi et al. (2016) analisaram também os fatores que influenciam os níveis de DPN. Assim, existem determinados fatores que têm influência considerável sobre a DPN (no sentido de maior propensão ao desenvolvimento de depressão): história de abuso ou violência doméstica e exposição a eventos adversos da vida; história pessoal de doenças mentais; ser

uma gravidez não planeada ou indesejada; complicações relacionadas com a presente gravidez e falta de suporte social ou do parceiro.

Diversos estudos são indicativos de que eventos adversos e alta percepção de stresse durante a gravidez têm um papel significativo na DPN (Bunevicius et al., 2009; Glazier, Elgar, Goel, & Holzapfel, 2004; Holzman et al., 2006). Assim, a ocorrência de um ou mais eventos stressantes (como por exemplo a morte ou a doença de um familiar, a quebra de um relacionamento amoroso ou a perda de um trabalho) pode levar a um aumento na probabilidade de pais e mães experienciarem dificuldades psicológicas ou perturbações na saúde mental (Biaggi, et al, 2016).

Biaggi, et al (2016), encontraram resultados contraditórios no que diz que respeito à associação de fatores como a idade da grávida, problemas financeiros, etnicidade e ser ou não a primeira gravidez e a DPN, existindo não só estudos com resultados contraditórios como outros indicando a ausência de relação.

A DPN parece ser mais comum em mulheres com baixas realizações educacionais (Bunevicius et al., 2009; Glazier et al., 2004; Martini et al., 2015), desempregadas (Lydsdottir et al., 2014; Marcus, 2009; Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004) e donas de casa (Balestrieri, 2012; Marchesi, Bertoni, & Maggini, 2009). Por sua vez, a educação pode funcionar como fator protetor, através o destaque de sentimentos de valor próprio e da redução de sentimentos de vergonha, o que pode contribuir para reduzir sintomas de depressão (Nasreen et al., 2011).

Diversos estudos encontraram um risco aumentado de desenvolver DPN em mulheres com gravidezes não planeadas ou indesejadas (Bayrampour et al., 2015; Bunevicius et al., 2009; Marchesi et al., 2009; Martini et al., 2015). Também presença ou histórico de problemas em gravidezes anteriores e com o parto parecem relacionar-se com a depressão durante este período (Armstrong, 2004; Faisal-Cury & Menezes, 2009).

Alguns estudos concluíram que alguns fatores relativos à personalidade aumentam o risco de se experienciar sintomas de depressão no período pré-natal: pessimismo, raiva, ruminação, preocupação, timidez, baixa auto-estima, baixa auto-eficácia e altos níveis de neuroticismo ou psicoticismo (Bayrampour et al., 2015; Bunevicius et al., 2009; Martini et al., 2015). Por sua vez, um *coping* ativo e alta auto-estima e auto-eficácia foram identificadas como fatores protetores (Edwards, Galletly, Smmler-Booth, & Dekker, 2008).

Diversos estudos encontraram resultados indicativos de que a falta de suporte social e conjugal e o conflito social são importantes fatores de risco para DPN (Bayrampour et al., 2015; Martini et al., 2015; Nasreen et al., 2011; Westdahl et al., 2007). Por sua vez, a

percepção e suporte e satisfação conjugal são fatores protetores de depressão conjugal durante a gravidez (Marchesi et al., 2009; Martini et al., 2015; Nasreen et al., 2011).

Outros fatores relacionados com as características da relação também podem influenciar o suporte que a mãe recebe nesta fase tendo alguns estudos identificado que mulheres que experienciaram muitos sintomas depressivos na gravidez têm maior possibilidade de não serem casadas ou de terem um parceiro que não vive na mesma casa (Faisal-Cury & Menezes, 2007; Figueiredo, Pacheco, & Costa, 2007).

Pilkington et al. (2015) estudaram a associação entre aspetos específicos da relação e a depressão durante o período perinatal, verificando assim que, se por um lado, níveis elevados de conflito e de isolamento atuam como fatores de risco para o desenvolvimento de depressão, a comunicação efetiva e positiva, o suporte e a proximidade emocional, a satisfação relacional, a distribuição equitativa de tarefas domésticas e a satisfação sexual surgem associados a baixos níveis de depressão, neste período.

Já a violência doméstica ou história de abuso tem sido um dos fatores mais indicadores de DPN (Dibaba et al., 2013; Lancaster et al., 2010; Melville et al., 2010). Howard, Oram, Galley, Trevillion, e Feder (2013) encontraram resultados indicativos de que existe uma associação em dois sentidos: se por um lado a violência doméstica é associada com depressão durante a gravidez também os sintomas depressivos aumentam a probabilidade da mulher experienciar violência doméstica.

3.2. Depressão Pós-Parto

No estudo anteriormente referido de Gavin et al. (2005), foi verificado que a depressão durante o período pós-parto é também bastante comum, tendo estes autores verificado que 19.2 % das mulheres tiveram um episódio depressivo *major* durante os três primeiros meses pós-parto. Gregoire (1995) indica inclusivamente que a DPP é a segunda complicação pós-parto mais comum, sendo apenas precedida do parto por cesariana.

3.2.1. Caracterização e sintomas.

Como veremos seguidamente as perturbações psicológicas no período pós-parto podem assumir três tipos: o *blues* pós-parto, a psicose puerperal e a DPP.

O *blues* pós-parto é considerado como uma forma temporalmente mais curta e de intensidade menor, comparativamente à PDM, sendo caracterizado por sintomas de irritabilidade, choro, perturbações no sono e alterações no apetite que ocorrem até 4 semanas após o parto. Estes sintomas estão relacionados com as alterações hormonais e tendem a

desaparecer em duas semanas (Brito, 2009; Yalom, Lunde, Moos, & Hamburg, 1968).

A psicose puerperal é uma perturbação psicológica grave que ocorre durante as primeiras quatro semanas após o parto e inclui sintomas de psicose, tendo um início mais repentino comparativamente ao *blues* pós-parto (Camacho, et al., 2006). Esta envolve assim sintomas como delírios, alucinações e comportamentos desorganizados e por vezes pode provocar ideias que envolvam o provocar dano aos próprios filhos (O'Hara, 1997).

Relativamente à DPP, de acordo com Bennett e Indman (2003), é considerada uma doença oculta, devido ao debate sobre se deverá haver um diagnóstico separado ou se é uma manifestação de PDM. Efetivamente não existem no DSM critérios de diagnóstico específicos para DPP, no entanto mulheres que preenchem os critérios para PDM nas 4 semanas após o parto são consideradas como tendo DPP (APA, 2014).

Diversos investigadores e clínicos argumentam que a DPP se estende entre 6 meses a um ano após o parto, recomendando que a Associação Americana de Psicologia inclua estes critérios no DSM (Dennis & Hodnett, 2009; Gavin et al., 2005; O'Hara & McCabe, 2013).

Beck (2002), através de uma metassíntese envolvendo 18 estudos qualitativos, identificou quatro características comuns na em mulheres que sofrem de DPP: incongruência entre as expetativas da mãe e a realidade da maternidade, sensação de perda espirais negativas e sensação de perdas de ganhos.

3.2.2. Consequências.

Mulheres com DPP tendem a ter problemas em se ajustar a novos papéis sociais (Logsdon & Usui, 2006) e a experienciar défices que perturbam a vida diária, incluindo perturbações no sono, irritabilidade ou ansiedade, perdas de apetite e choro (Chaudron, 2003). Mulheres que sofrem de depressão nesta fase têm maior risco de desenvolver episódios depressivos mais tarde (Robertson et al., 2004).

Estas características da DPP têm consequências não só para a saúde na própria mãe como podem ser um impacto negativo para a saúde e bem-estar das crianças (Chaudron, 2003). Mães deprimidas têm maior tendência para demonstrar comportamentos maternos inapropriados, tais como fumar ou falhar nos cuidados das crianças, o que poderá conduzir a problemas médicos e a nível da segurança dos filhos (Leiferman, 2002; Marcus, 2008).

Mães com DPP poderão trazer consequências para as crianças como dificuldades emocionais, cognitivas e comportamentais na infância (Hay et al., 2001; Woolhouse, Gartland, Mensah, Giallo, & Brown, 2016; Van der Waerden et al., 2015; Verbeek et al., 2012). Estas crianças têm ainda maior risco de desenvolver perturbações de ansiedade e

depressão (Goodman & Gotlib, 1999). Alguns autores encontraram ainda evidências de que os efeitos adversos da DPP nas crianças se mantêm ao longo da vida, desde a infância até à idade adulta (Ertel, Rich-Edwards, & Koenen, 2011).

A depressão materna nesta fase afeta negativamente a relação entre a mãe e a criança (Poobalan et al., 2007; Darcy et al., 2011) e está associada a uma vinculação insegura (Hipwell, Goossens, Melhuish, & Kumar, 2000) e a um pobre envolvimento social das crianças (Feldman et al., 2009).

A DPP também afeta os parceiros das mães, sendo que estes experienciam uma variedade de emoções negativas, tais como dúvidas acerca de si próprio, raiva, desesperança e medo devido à preocupação de não conseguir ajudar a mãe assim como de incertezas na relação (Meighan, Davis, Thomas, & Droppleman, 1999; Letourneau, Duffett-Leger, Dennis, Stewart, & Tryphonopoulos, 2011). Parceiros de mulheres que sofrem de DPP têm maior risco de sofrer perturbações psicológicas (Goodman, 2008; Roberts, Bushnell, Collings & Purdie, 2006). A DPP pode ainda ter consequências bastante graves, como o suicídio e o infanticídio (Moses-Kolko & Roth, 2004).

3.2.3. Fatores.

Apesar da etiologia da DPP ainda não ser totalmente compreendida pensa-se que esta envolve a interação entre fatores neurobiológicos, psicossociais e neuroquímicos (Moses-Kolko & Roth, 2004).

A DPP parece estar associada a alguns fatores, como baixo *status* socioeconómico, tempo curto de relação com o parceiro, história de complicações obstétricas e grandes cargas de trabalho (Pereira, Carvalho, Soares, & Gualda, 2015).

Robertson et al., (2004) indicam que os preditores mais fortes de DPP são: depressão e ansiedade durante a gravidez, experiência de eventos de vida stressantes durante a gravidez e baixos níveis de suporte social.

Também o histórico anterior de perturbações psiquiátricas e dificuldades psicológicas, relações insatisfatórias, baixa auto-estima, neuroticismo, suporte social inadequado e eventos de vida recentes stressantes e negativos constituem fatores preditores de DPP (Beck, 2001; O'Hara & Swain, 1996; Robertson, Grace, Verkerk, Denollet, Heck, Son & Pop, 2005; Webster-Stratton & Hammond, 1988; Wallington & Stewart, 2004).

A rejeição da gravidez, elevadas cargas de trabalho, experiências maternas conflituosas (Cabral & Oliveira, 2010), a insatisfação com a gravidez e com as circunstâncias relacionadas com a maternidade devido a experiências da gravidez e de cuidados para com a

criança podem também promover o desenvolvimento de sintomas de DPP (Robertson et al., 2004). O tipo de parto (Wisner, Stika, & Clark, 2014) e determinados fatores pós-natais como a qualidade do sono quer da criança quer da mãe e a saúde o bebé podem ser fatores para o desenvolvimento de depressão nesta fase (Boyce, 2003; Britton, 2008).

De acordo com o estudo de Eberhard-Gran, S. Garthus-Niegel, Garthus-Niegel, e Eskild (2010) em culturas em que a relação entre a mãe e a criança é mais protegida (especialmente no primeiro mês) existe uma menor incidência de DPP.

Embora os mecanismos biológicos relacionados com a DPP não sejam totalmente conhecidos, existem alguns estudos que procuram compreendê-los. Alguns autores verificam que as alterações hormonais têm influência sobre a depressão neste período, nomeadamente hormonas esteroides como a corticosterona e a oxitocina (Bloch, Daly, & Rubinow, 2003; Brummelte & Galea, 2010), o estrogénio e a progesterona (Fleming, Steiner, & Corter, 1997), e ainda os níveis de cortisol (Brennan et al., 2008).

Existem resultados inconsistentes relativamente à influência idade das mães e ao ser ou não o primeiro filho sobre o desenvolvimento de depressão nesta fase (Clout & Brow, 2015).

Verificámos que para além da ansiedade também a depressão parece ser muito frequente neste período, o que poderá trazer consequências nefastas para a mãe, para o cônjuge e para o bebé. Seguidamente iremos verificar que também a qualidade da mãe tende a sofrer algumas alterações neste período.

IV. Qualidade de Vida

A gravidez reflete um processo normal no ciclo de vida feminina, existindo mudanças fisiológicas que ocorrem durante a gravidez e que afetam biológica, química e anatomicamente os órgãos e os sistemas, o que poderá agravar problemas anteriormente existentes e afetar a qualidade de vida (Lopes, Prochnow, & Piccinini, 2010).

A qualidade de vida tem assim sido de alvo de estudo nesta fase, tendo diversos autores encontrado evidências de que esta tende a diminuir na gravidez e no período pós-parto (Emmanuel & Sun, 2014; Ngai & Ngu, 2013). Comparativamente com os homens, as mulheres têm significativamente níveis inferiores de qualidade de vida nesta etapa, especialmente a nível físico e social (Pascalis et al., 2012).

Segundo Symon, Mackay e Ruta (2003) é necessário que exista atenção na qualidade de vida materna, uma vez que um dos objetivos dos cuidados pré-natais é oferecer suporte e encorajamento ao ajustamento psicossocial.

4.1. Definição

A Organização Mundial de Saúde define a qualidade de vida como a percepção individual da própria vida enquadrada nos contextos culturais e sociais em que está inserido e face aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1994, citados por Canavarro et al., 2006). Assim, segundo a World Health Organization (WHO) (n.d) este é um conceito que deverá ser contextualizado de acordo com os meios físico, cultural e social. Segundo Serra et al. (2006), este é um conceito multidisciplinar que se afasta da anterior associação entre o conceito de qualidade de vida e o contexto da saúde da WHO (1948) “estado completo de bem-estar físico, mental e social e não simplesmente ausência de doença”.

Favers e Machin (2007) e Fallowfield (2009), introduzem o conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde, como um conceito que se refere a aspetos como saúde geral, saúde física, sintomas físicos, funcionamento emocional, papel funcional, suporte social e bem-estar, funcionamento sexual e problemas existenciais.

Segundo Schwartzmann (2003) a qualidade de vida relacionada com a saúde é um conceito que inclui aspetos físicos e mentais, baseando-se no grau de satisfação da pessoa com as suas condições (físicas, emocionais, familiares e sociais) e o significado dos atributos individuais para a sua vida.

Segundo Serra et al. (2006), no conceito de qualidade de vida estão incluídas determinadas dimensões que se encontram expressas na tabela 4.

Tabela 4

Facetas da qualidade de vida

Facetas da qualidade de vida	
Físico	Dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso;
Psicológico	Sentimentos positivos ou negativos, pensamento, aprendizagem, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência;
Nível de independência	Mobilidade, atividades de vida diária, dependência de medicação ou de tratamentos, capacidade de trabalho;
Relações sociais	Relações sociais, apoio social, atividade sexual;
Ambiente	Segurança física, ambiente no lar, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais, disponibilidade e qualidade, oportunidades para adquirir novas informações e competências, participação e/ou oportunidades de recreio e lazer, ambiente físico (poluição, barulho, trânsito, clima), transporte
Espiritualidade/Religião/ Crenças pessoais	Espiritualidade, religião, crenças pessoais
Poder Político	

Notas. Esta tabela indica as diferentes facetas da qualidade de vida assim como uma descrição de cada uma. Adaptado de “Estudos psicométricos dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOWOL-Bref) para português de Portugal” por A. Serra et al., 2006, em *Psicologia Clínica*, 27 (1), 31-40.

4.2. A Qualidade de Vida Durante a Gravidez

Segundo Emmanuel e Sun (2014) a qualidade de vida no final da gravidez, quando comparada com a qualidade de vida algumas semanas após o parto, é significativamente inferior. Dados obtidos por Ngai e Ngu (2013) são semelhantes, acrescentando estes autores que somente aos seis meses pós-parto a componente física da qualidade de vida da mãe se iguala à do parceiro. Estes autores referem ainda que, quando isolada, a componente mental da qualidade de vida tende a piorar nas primeiras semanas após o parto, melhorando depois também seis meses após o parto.

Segundo Calou et al. (2014), apesar da importância do período gestacional ter sido reconhecida recentemente, ainda existe necessidade de uma melhor investigação relativa aos aspetos que afetam a qualidade de vida da mulher nesta fase, para que possam ser adotadas estratégias que promovam a saúde materna. Segundo Mogos, August, Salinas-Miranda, Sultan, e Salihu (2013), o conhecimento existente acerca das mudanças físicas, psicológicas e sociais que a grávida vive ainda é limitado, sugerindo também de que esta é uma área que merece atenção. Uma vez que são escassos os estudos acerca da qualidade de vida no âmbito

da gravidez e no período pós-parto (especialmente em casos de gravidez saudável), optamos por analisar como são algumas das diferentes dimensões citadas pelo autor nesta etapa do ciclo de vida.

Existem dores físicas que são comuns da gravidez como dor lombar, na cintura pélvica e patologia do disco (Fahy & Towler, 2016), dor abdominal (Pinas-Carrillo & Chandrarahan, 2017) e de forma global aumento da dor crônica (Charles, Yount, & Morgan, 2013).

Existem ainda alguns desconfortos típicos da gravidez como: hipersensibilidade ao cheiro, azia, náuseas e vômitos no primeiro trimestre de gravidez, dor de cabeça, nervos comprimidos, obstipação, estrias, varizes, tonturas, maior frequência de micção (Wilson, 2017), incontinência urinária (Pirjani, Ghanbari, Rezaee, Shirazi, & Pooransari, 2016), sensibilidade nos seios (Moodt, 2017) e câibras nas pernas (Nyange, 2017). Estes desconfortos podem afetar as atividades de vida diária das grávidas (Elden, Lundgren & Robertson, 2013; Giani, Rodrigues, Figueiredo, Porto, & Dantas, 2012; Heitmann, Nordeng, Havnen, Solheimsnes, & Holst, 2017; Kasikçi, Kiliç, Avsar, & Sirin, 2015) assim como a sua capacidade laboral (Marcum, & Perry, 2015). Estes autores mencionam ainda a elevada discriminação que existe no local de trabalho, assim como a pouca adaptação de funções às condições das grávidas.

Nesta fase, as perturbações no sono são bastante comuns (Lee, Baker, Newton, & Ancoli-Israel, 2008; Palagini et al., 2014; Pien & Schwab, 2004), sendo que no estudo de Neaum, Texier, e Ingrand (2009) 75% das mulheres grávidas tiveram queixas de sobre sono, diminuição da vigília e necessidade de uma sesta durante o dia. Também são bastante comuns baixos níveis de energia (McGowan & McAuliffe, 2012) e fadiga (Bossuah, 2017), durante este período.

As emoções durante a gravidez são frequentemente extremas, podendo atingir altas intensidades, podendo haver muitas variações de humor (Pieta, Jurczyk, Wszolek, & Opala, 2014).

A nível cognitivo parecem existir algumas alterações durante a gravidez, sendo que mulheres grávidas têm frequentemente dificuldades em *multitasking* e em se recordarem em futuras atividades, tendo, no entanto, uma melhoria na memória para rostos e no reconhecimento de mudanças emocionais, especialmente em homens (Stadtlander, 2013). As dificuldades cognitivas como a memória são, nesta fase, bastante comuns (Brett & Baxendale, 2001; Cuttler, Graf, Pawluski, & Galea, 2011).

Existem mudanças corporais experienciadas durante a gravidez que podem ter um efeito negativo das atitudes com o seu corpo (Meireles, Neves, Carvalho, & Ferreira, 2017), sendo que uma pobre imagem corporal é um problema crescente durante esta fase (Hicks & Brown, 2016).

Os primeiros estudos acerca da forma como as mulheres lidam com o aumento de peso, sugeriam que as mulheres grávidas estavam relativamente despreocupadas com este assunto (Richardson, 1990). Pesquisas sociológicas mais recentes mostram que as mulheres no ocidente sentem grande pressão para se conformarem com os padrões de beleza contemporâneos da beleza feminina, sendo a magreza central na imagem feminilidade normativa (Earle, 2003). Por sua vez, Shloim, Hetjerington, Rudolf & Feltbower (2013) encontraram elevadas relações entre a imagem corporal e o índice de massa corporal, assim como altos níveis de insatisfação com a imagem corporal.

Para além do aumento de peso existem mudanças típicas da gravidez que ocorrem na aparência, tais como mudanças pigmentárias causadas por melasma, as quais afetam emocionalmente as grávidas (Alves, Nogueira, & Varella, 2005; L. Miot, Miot, Silva & Marques, 2009).

Segundo Corbocioglu, Bakir, Akbayir, Goksedef, e Akca (2012) o desejo sexual tende a diminuir neste período e existem mitos e tabus acerca da sexualidade durante a gravidez, os quais tendem a interferir na qualidade de vida destas mulheres.

4.2.1. Fatores.

Nicholson et al. (2006) procuraram estudar a qualidade de vida em mulheres grávidas, tendo verificado que esta é afetada por stresse causado por fatores como a idade, a educação, as condições maritais, o suporte social durante a gravidez, o planeamento da gravidez e as condições laborais.

Jallo, Bourguignon, Taylor, e Utz (2008) verificaram que o nível de educação serve como forte indicador de qualidade de vida na gravidez, no sentido em que mulheres com mais formação académica tendem a ter maior qualidade de vida. Segundo Wang, Liou, e Cheng (2013), emprego, nível de educação e felicidade acerca da gravidez relacionaram-se com qualidade de vida pré-natal.

Segundo Hass et al. (2005) mulheres com altos níveis de stresse percebido têm restrições na qualidade de vida física e mental, o que resulta em baixa funcionalidade, fadiga, percas de energia, depressão, ansiedade, limitações em atividades laborais e dificuldades em

executar tarefas. Lau e Lin (2011) relacionaram altos níveis de stresse mental percebido com baixos níveis de qualidade de vida físicos e mentais.

A presença de depressão parece também ser um fator que tende a influenciar a qualidade de vida materna, estando os sintomas de depressão associados a uma pior qualidade de vida (Nicholson et al., 2006). Setse et al. (2009), verificaram que mulheres deprimidas no final da gravidez mostraram dificuldades em áreas como o funcionamento físico, dores físicas, saúde geral, funcionamento geral e papéis emocionais, sendo que mulheres que se mantiveram deprimidas foram afetadas nas áreas físicas, de saúde geral e vitalidade.

Diversos tipos de exercício têm sido associados a melhores níveis de qualidade de vida, sejam exercícios aeróbicos (Arizabaleta, Buitrago, Plata, Escurdero, Ramirez-Velez, 2010) ou *yoga* (Rakhshani, Maharana, Raghuram, Nagendra, & Venkatram, 2010).

Naseem et al. (2011), verificaram que grávidas em ambiente urbano tinham valores de saúde mental e física significativamente melhores, comparativamente a grávidas que viviam em ambiente rural.

Nakamura, Takeishi, Atogami, e Yoshizawa (2012) verificaram que mulheres hospitalizadas durante a gravidez tinham menor qualidade de vida comparativamente a grávidas com atendimento em ambulatório.

Mulheres com pouco suporte social têm maior possibilidade de sofrer sintomas de depressão e menores níveis de qualidade de vida no período pós-parto comparativamente a mulheres com bom suporte social (Webster et al., 2011).

Kershaw et al. (2013), verificaram que um melhor relacionamento na gravidez se relaciona com melhor qualidade de vida (mental e física), tendo os autores indicado que os resultados sugerem que vinculações seguras, relações equitativas, sentimentos de amor e ausência de violência podem ser especialmente importantes no desenvolvimento de fortes relacionamentos e saúde mental e física desenvolvida durante a gravidez.

Diversos autores estudaram o tipo de relação marital e a influência deste na gravidez na mãe, sendo que o não ser casado pareceu influenciar negativamente a qualidade de vida das mães (Miller-Lewis, Wade, & Lee, 2005; Ogunsiji & Wilkes, 2004). Por sua vez, Lau, Wong, e Chan (2008) verificaram que mulheres que experienciaram algum tipo de abuso pelo companheiro demonstraram ter baixos níveis de qualidade de vida.

4.2.2. Consequências de baixos níveis de qualidade de vida durante a gravidez.

Ware, Kosinski, Turner-Bowker, e Gandek (2005) verificaram que a baixos níveis de qualidade de vida estão associadas características como pobres condições funcionais, fadiga,

perdas de energia, depressão, ansiedade, limitações em trabalho ou atividades e dificuldades executivas.

Moyer et al. (2008) verificaram que mulheres que experienciam pouca qualidade de vida têm maior probabilidade de terem problemas de saúde, problemas na gravidez e maior necessidade de tratamentos. Por sua vez, Weisman et al. (2008) verificaram que grávidas com pouca de qualidade de vida têm menor percepção de controlo acerca dos resultados do parto.

Mulheres no final da gravidez referiram menores níveis de saúde física e geral, sendo que após o parto os resultados melhoraram a nível da saúde física, mas pioraram a nível social. Pobre qualidade de vida serviu de preditora de nascimentos prematuros e bebés com baixo peso (Wang et al., 2013). Segundo Lau (2013), pobre qualidade de vida, especialmente no domínio físico parece ser preditora de baixo peso nos bebés (Lau, 2013).

4.3. A Qualidade de Vida no Período Pós-Parto

Pela escassez de estudos que referimos anteriormente optámos por analisar a qualidade de vida no período pós-parto da mesma forma que o fizemos durante o período da gravidez, utilizando a tabela 4 como referência na pesquisa das diferentes pesquisas da qualidade de vida.

Na nossa pesquisa verificámos assim que, também no período pós-parto, existem algumas dores muito comuns como dores de cabeça, dor no períneo, dores lombares, na cintura pélvica e em toda a zona das costas, problemas de estômago, nos braços, pernas e juntas, problemas e dores menstruais e durante as relações sexuais (Brown & Lumley, 1998; Cheng & Li, 2008; Kumar & Chitra, 2016; Rigouzzo, 2015; Schytt & Hildingsson, 2011; Schytt, Lindmark, & Waldenstrom, 2005; Saurel-Cubizolles, Romito, Lelong, & Ancel, 2000; Sivertsen, Petrie, Skogen, Hysing, & Eberhard-Gran, 2017; Thompson, Roberts, Currie, & Ellwood, 2002). São ainda reportadas frequentemente situações como incontinência urinária e problemas no peito (Woolhouse, Gartland, Perlen, & Donath, 2014). Alguns destes problemas servem de fatores preditores de dificuldades maternas no realizar de atividades de vida diárias (Mannion, Vinturache, McDonald, & Tough 2015) e tornam-se desafiantes para a capacidade de trabalho (Dagher et al. 2009).

São comuns perturbações no sono como insónia (Sivertsen et al., 2017). Tende a existir pouca qualidade do sono (Okun, 2016) e a ocorrer cansaço extremo durante o dia (Woolhouse et al., 2014). Hunter, Rychnovsky, e Yount (2009) justificam estas alterações com a constante necessidade de responder às necessidades do bebé, o que provoca privação e interrupções no sono. Brunner et al. (1994) acrescentam ainda as mudanças psicológicas que

ocorrem durante o final da gravidez e durante o período pós-parto, as quais tornam difícil o conciliar do sono.

Os problemas psicológicos são também bastante comuns no período pós-parto, sendo que entre 10 a 20 % das novas mães sofrem de perturbações como stresse pós-traumático e psicose (Brockington, 2004; Wisner et al., 2009); como verificámos anteriormente, também a ansiedade e depressão são muito frequentes. Tal como durante a gravidez, Pieta et al. (2014) verificaram que o humor no período pós-parto sofre muitas variações, tendendo as emoções a ser muito intensas e extremas. Durante o período pós-parto as mulheres tendem a experienciar ainda disfunções cognitivas a nível do pensamento, pobre memória ou percas de memória recente, esquecimentos, dificuldades em se concentrar e distratibilidade, assim como habilidades reduzidas para aprendizagem intencional e recuperação da memória semântica (Meena, Soni, Jain, & Jilowa, 2016).

Durante esta fase é comum existir um aumento da insatisfação corporal como resultado da gravidez e do consequente ganho de peso (Gjerdingen et al., 2009; Walker, Timmerman, Kim, & Sterling, 2002) e é muito frequente a diminuição do desejo sexual nas mães (Navarro-Gil & Gómez- Mariñelarena, 2016).

Alguns destes sintomas tendem, inclusivamente, a aumentar durante o primeiro ano de parentalidade (Schytt & Hildingsson, 2011; Schytt et al., 2005). Woolhouse, Perlen, Gartland, e Brown (2012) encontraram resultados indicativos de que problemas de saúde comuns persistem durante os primeiros 18 meses pós-parto, com potenciais consequências a longo prazo para a satisfação das mulheres com as suas vidas.

4.3.1. Factores.

A perceção de saúde da mulher tem sido estudada conforme a assistência de parto, sendo que diversos estudos encontraram menores problemas de pós-parto em mulheres que tiveram partos assistidos (quer por cesariana quer por partos vaginais) comparativamente a partos não assistidos (Brown & Lumley, 1998; Schytt et al., 2005; Lydon-Rochelle, Holt & Martin, 2001; Thompson et al., 2002).

Alguns estudos indicam que, no primeiro ano após o parto, as mulheres com cesariana por emergência parecem ter menores resultados ao nível de qualidade de vida relacionada com a saúde, quer comparativamente a mulheres cujo parto foi assistido, quer comparativamente a mulheres cujo parto foi por cesariana (Brown & Lumley, 1998; Schytt & Hildingsson, 2011; Saurel-Cubizolles et al.; Lydon-Rochelle et al., 2001; Torkan, Parsay, Lamyian, Kazemnejad e Montazer 2009).

Diversos estudos indicam que as mulheres que retornam ao trabalho nos primeiros seis meses após o parto têm menor saúde mental, comparativamente a mulheres que se mantêm em licença de maternidade (Chatterji & Markowitz, 2005; Chatterji & Markowitz, 2012; Chatterji, Markowitz, & Brooks-Gun, 2013; Rivieres-Pigeon, Saurel-Cubizolles & Romito, 2003). Alguns resultados indicam que as políticas sociais que aliviam as pressões para as mulheres regressarem ao trabalho enquanto estão a amamentar melhoram de forma significativa a sua saúde mental e o seu bem-estar, no período pós-parto (Avendano, Berkman, Brugiavini, & Pasini, 2015; Dagher, McGovern, & Dowd, 2014).

Também os comportamentos dos bebés parecem afetar a saúde mental da mãe, tendo Triviño-Juárez et al. (2016) encontrado resultados indicativos de que mães de crianças que dormem e comem bem parecem ter melhor saúde mental, comparativamente às mães de crianças que comem e dormem mal.

As diferentes facetas da qualidade de vida parecem também interrelacionar-se, sendo que por exemplo os fatores físicos ou sociais parecem ser fatores de risco para menor saúde mental (Woolhouse et al., 2014; Yelland, Sutherland, & Brown, 2010).

4.3.2. Consequências dos baixos níveis de qualidade de vida durante o pós-parto.

Pelo que verificámos são bastante escassos estudos que se dedicam a estudar as consequências de baixos níveis de qualidade de vida durante a gravidez, no entanto Woolhouse et al. (2012) encontraram resultados indicativos de que problemas físicos e psicológicos durante o período pós-parto persistem durante os primeiros 18 meses pós-parto, com potenciais consequências a longo prazo, no que se refere à satisfação das mulheres com as suas vidas. Segundo Andrade, Santos, Maia, e Mello (2015) a saúde da mulher afeta não só a própria, mas também a criança, nomeadamente na relação entre ambas, no aleitamento e na saúde global da criança.

V. A Influência Do *Coping* Diádico

Ao longo deste capítulo, pretendemos realizar uma pesquisa acerca da influência do *coping* diádico sobre a ansiedade, depressão e qualidade de vida maternas e algumas variáveis relacionadas com o parto.

Que seja do nosso conhecimento não existem estudos que relacionem o *coping* diádico com estas variáveis, no entanto, como veremos ao longo deste capítulo existem alguns estudos que parecem indicar que estas variáveis se podem relacionar.

Tem sido estudada a associação entre a relação conjugal e o suporte social a estados de ansiedade nesta etapa do desenvolvimento familiar. Biaggi et al. (2016) verificaram que a falta de suporte social e do parceiro é um dos maiores fatores de risco para a ansiedade na gravidez. Segundo Bayrampour et al. (2015), a baixa satisfação conjugal é um dos maiores fatores de risco para o desenvolvimento de ansiedade, nesta etapa. Também Clout e Brown (2016) verificaram que a insatisfação conjugal previu altos níveis de ansiedade durante a gravidez. Por sua vez, o suporte percebido e a satisfação conjugal parecem funcionar como fatores protetores contra a ansiedade e depressão maternas (Lee et al., 2007). Existem ainda resultados que indicam que uma relação problemática, pobre ou conflituosa pode atuar como fator de risco de desenvolvimento de ansiedade durante a gravidez (Giardinelli et al., 2012; Martini et al., 2015; Nasreen et al., 2011). Também no período pós-parto a alta satisfação conjugal foi associada a reduzidos riscos de ansiedade (Pilkington et al., 2015; Seymor et al., 2015), enquanto que Kohn et al. (2012), verificaram que mães muito ansiosas têm menor satisfação com a relação conjugal, percebem os seus parceiros como oferecendo pouco suporte e tendo bastantes comportamentos negativos. De acordo com diversos estudos o suporte com o parceiro está associado a baixos níveis de ansiedade no período pós-parto (Clavarino et al., 2010; Figueiredo et al., 2008; Whisman et al., 2011).

A ansiedade e a depressão têm uma elevada comorbilidade quer no período pré-natal (Lancaster et al., 2010) quer no período pós-natal (Verreault et al., 2014). Como veremos no capítulo seguinte, também nesta fase as mulheres estão mais vulneráveis a sofrer de sintomas de depressão.

Embora não tenham estudado o *coping* diádico Peñacoba-Puente et al., (2013) procuraram estudar a relação entre *coping* individual e ansiedade, tendo verificado que estratégias de *coping* individuais negativas pareceram estar associadas a altos níveis de ansiedade.

Fora do contexto da gravidez, Regan et al. (2014), verificaram que em situações de cancro da próstata, embora o uso por parte dos pacientes de *coping* diádico não tenha sido

associado a ansiedade e depressão, o uso pelos parceiros destas estratégias foi associado a estes estados. Assim, estes autores verificaram que percepções de *coping* diádico negativo quer nos pacientes quer nos parceiros foram associados com altos níveis de ansiedade e depressão.

Gabriel, Untas, Lavner, Koleck, e Luminet (2016) procuraram estudar a associação entre alexitimia, *coping* diádico e estados de ansiedade e depressão. Embora os autores tenham verificado que nos homens a associação encontrada foi apenas do *coping* diádico como mediador entre alexitimia e de ansiedade e depressão estes verificaram que nas mulheres *coping* diádico se encontra associado a altos níveis de ansiedade e depressão (servindo a alexitimia como mediadora).

Por sua vez, Randall, Totenhagen, Walsh, Adams, e Tao (2017) dedicaram-se a estudar a exposição mulheres em relações do mesmo sexo a stressores no contexto laboral, tendo verificado que *coping* de suporte focado no problema e *coping* de suporte focado nas emoções serviam de fatores protetores a sintomas de ansiedade.

A relação conjugal e o suporte social têm sido associados a estados de depressão. distinguem a falta de suporte social e do parceiro como dos maiores fatores de risco para depressão na gravidez (Bayrampour et al., 2015; Biaggi et al., 2016; Martini et al., 2015; Nasreen et al., 2011; Westdahl et al., 2007). Da mesma forma, o suporte percebido e a satisfação conjugal atuam como fatores protetores contra ansiedade e depressão maternas (Lee et al., 2007; Marchesi et al., 2009; Martini et al., 2015; Nasreen et al., 2011; Zeng et al., 2015).

Também no período pós-parto o baixo suporte social e a baixa satisfação conjugal são indicados como riscos para o desenvolvimento de depressão pós-parto (O'hara & Swain, 1996). Estes dados são corroborados por Munaf e Siddiqui (2013), que estudaram a relação entre satisfação conjugal e depressão no período pós-parto, tendo verificado que baixos níveis de satisfação conjugal se encontram associados a altos níveis de depressão. Por outro lado, o alto suporte social parece ter um papel benéfico na redução do risco deste tipo de depressão (Surkan et al., 2006). Também Webster et al., (2011) encontraram evidências de que mulheres com baixo suporte social (especialmente do parceiro e da família) têm mais propensão desenvolver depressão pós-parto comparativamente a mulheres com um alto suporte social. Clout e Brown (2016) verificaram que a expressão de afeto e a satisfação diádica durante a gravidez previram significativamente altos níveis de depressão no período pós-parto. De acordo com Miller et al. (2013), em circunstâncias gerais, um indivíduo insatisfeito com o seu casamento tem tendência para estar deprimido.

Guardino e Schetter (2014), através de uma meta-análise, procuraram relacionar diferentes tipos de *coping* individual na gravidez e apesar de alguns resultados inconsistentes encontraram alguma evidência na literatura de que estilos de *coping* evitantes e estratégias de *coping* pobres no geral estão associados a depressão pós-parto.

Fora no contexto da transição para a parentalidade, Tsujimoto, Taketani, Yano, Yamamoto, e Ono (2015), procuraram estudar a associação entre depressão e suicídio e estratégias de *coping* individuais em estudantes universitários no Japão. Os autores verificaram que o *coping* orientado para as emoções foi positivamente relacionado com depressão e ideias suicidas enquanto que *coping* orientado para tarefa e evitamento a menores níveis de depressão e de ideias suicidas.

Por sua vez, Fincham, Beach, Harold, e Osborne (1997), estudaram a relação entre satisfação conjugal e sintomas depressivos em casais recém-casados e 18 meses depois. Estes autores verificaram que enquanto nos homens foi encontrada causalidade de depressão para satisfação conjugal para as mulheres foi encontrada causalidade de satisfação conjugal para depressão.

Relembramos ainda o estudo de Regan et al. (2014), que verificaram em situações de cancro da próstata que percepções de *coping* diádico negativo quer nos pacientes quer nos parceiros foram associados com altos níveis de depressão e o de Gabriel et al. (2016) que verificaram que nas mulheres *coping* diádico se encontra associado a altos níveis de depressão (servindo a alexitimia como mediadora).

Ngai e Ngu (2013), citando Gao, Chan, e Mao (2009) sugerem que a componente mental do casal está positivamente associada à qualidade de vida do casal durante a transição para a parentalidade. Já Webster et al., (2011) encontraram evidências de que mulheres com baixo suporte social (especialmente do parceiro e da família) têm mais propensão a ter baixa qualidade de vida comparativamente a mulheres com um alto suporte social. De forma global a insatisfação conjugal tem sido associada a baixa qualidade de vida (Ng, Loy, Gudmunson, & Cheong, 2009; Rohany & Sakdiah, 2010).

Fora do contexto da transição para a parentalidade, Holubova et al. (2015), estudaram a relação entre estratégias de *coping* individual e a qualidade de vida de doentes esquizofrénicos, tendo verificado que enquanto que as estratégias de *coping* positivas estão associadas a maior qualidade de vida estratégias de *coping* negativas estão associadas a menor qualidade de vida.

Adamczuk et al. (2015), dedicaram-se a estudar a relação entre estratégias de *coping* individuais e qualidade de vida em mulher com incontinência urinária. Estes autores

verificaram que *coping* orientado foi associado a maior qualidade de vida e *coping* orientado para as emoções a menor qualidade de vida.

Que seja do nosso conhecimento não existem estudos que relacionem o *coping* diádico e a baixo peso do bebê e o risco de cesariana por emergência. No entanto, Borders et al., (2007) encontraram associações entre baixas capacidades de *coping* individual por parte da mãe e risco aumentado de baixo peso para o bebê. Por sua vez Ryding et al. (1998) encontraram dados que sugerem que mulheres que tiveram de realizar cesariana de emergência tinham menos capacidades de *coping* individual durante a gravidez comparativamente às restantes mulheres do estudo.

Parte II – Metodologia

6.1. Problema

Este estudo objetiva explorar a experiência da mãe no âmbito da gravidez e da transição para a parentalidade, mais concretamente o *coping* diádico, a ansiedade, depressão e qualidade de vida maternas.

Como verificámos ao longo do enquadramento teórico, durante a gravidez e no período pós-parto a mulher parece estar mais suscetível a desenvolver sintomas de ansiedade e depressão, o que parece ter efeitos adversos, em si e na criança. Esta é também uma fase com tendência à diminuição da qualidade de vida da mãe. Durante este período são ainda comuns sintomas de stresse, que podem ser geridos em casal de diferentes formas de acordo com os tipos de *coping* diádico.

Verificámos também que ansiedade, depressão e qualidade de vida das mães durante a gravidez e no período pós-parto parecem ser afetadas pelo suporte social e satisfação relacional, sendo que o *coping* diádico parece estar relacionado algumas variáveis relativas ao parto. Estratégias de *coping* individuais foram já relacionadas com depressão pré e pós-parto, assim como com a qualidade de vida, na gravidez.

No entanto, que seja do nosso conhecimento, não existem estudos que procurem verificar se o *coping* diádico tem influência na ansiedade, depressão e qualidade de vida maternas ou que procurem conhecer melhor estas relações, daí a pertinência do nosso estudo.

Seguidamente iremos assim explicar como pretendemos obter resultados acerca deste mesmo problema, dando a conhecer os objetivos desta investigação e explicando o método utilizado no nosso estudo.

É neste contexto que surge esta investigação cuja problemática se pode ver expressa nas questões seguintes: será que o *coping* diádico tem influência na ansiedade, depressão e qualidade de vida maternas na gravidez e no período pós-parto? Como é que a mulher perceciona a relação com o pai do bebé, a ansiedade, depressão e sua qualidade de vida durante a transição para a parentalidade?

6.2. Objetivos

O objetivo geral desta investigação é o de avaliar a associação entre *coping* diádico e ansiedade, depressão e qualidade de vida maternas antes e depois do parto, verificar como estas variam com a transição para a parentalidade e estudar como é que outras variáveis relativas ao parto se podem relacionar com o *coping* diádico. Desta forma, a partir deste objetivo geral é possível definir alguns objetivos específicos:

- 1) Estudar os níveis de ansiedade com a transição para a parentalidade;

- 2) Estudar os níveis os níveis de depressão com a transição para a parentalidade;
- 3) Estudar a qualidade de vida na transição para a parentalidade;
- 4) Verificar se o *coping* diádico tem impacto na ansiedade, na depressão materna e na qualidade de vida materna antes do parto;
- 5) Verificar se o *coping* diádico tem impacto na ansiedade, na depressão materna e na qualidade de vida depois do parto;
- 6) Verificar se o *coping* diádico tem impacto na ansiedade, na depressão materna e na qualidade de vida na transição para a parentalidade;
- 7) Verificar se o *coping* diádico se relaciona com outras variáveis relativas ao parto;
- 8) Aprofundar o conhecimento acerca da relação da mãe com o pai do bebé, os seus receios e vivências e as alterações na sua vida durante a transição para a parentalidade.

6.3. Delineamento

De forma a respondermos ao problema colocado delineámos esta investigação num paradigma classificado por Guba e Lincoln (1994) como pós-positivista, uma vez que assumimos a realidade como algo que existe, mas que apenas pode ser imperfeitamente apreendido, devido aos mecanismos intelectuais do ser humano e à natureza fundamentalmente intratável nos fenómenos. Assim, concordamos com a perspetiva deste autor de que a realidade deve ser sujeita a uma análise ampla e rigorosa, de forma a que possa ser apreendida tão próxima da realidade quanto possível, pretendendo assim realizar uma recolha que assuma uma configuração o mais natural possível, tentando inclusivamente conhecer os significados e propósitos que as pessoas atribuem às suas ações como forma de enriquecer o conhecimento.

Justamente com o objetivo de realizar uma análise ampla e rigorosa optámos por uma metodologia que é definida por Price (2012) como mista. Diversos autores indicam que a utilização de técnicas mistas de investigação tem um maior potencial de enriquecer a compreensão dos problemas de investigação, comparativamente a metodologias apenas qualitativas ou quantitativas (Creswell & Clark, 2007; Edwards, 2008; Greene, Caracelli, & Graham, 1989).

Esta investigação inclui assim uma parte qualitativa, que pretende descrever dados com o objetivo de compreender em detalhe a experiência das mães e uma parte quantitativa, através da qual pretendemos recolher dados específicos de um número significativo de mães, de forma a descrever os resultados através de técnicas estatísticas que nos permitam inferir

conclusões gerais acerca de uma população no âmbito desta área de investigação (Price, 2012).

O horizonte temporal desta investigação é longitudinal, segundo a classificação de Coutinho (2011), uma vez que vamos estudar as mães em diferentes momentos. Assim, iremos ter dois momentos de estudo, o primeiro momento durante o terceiro trimestre da gravidez e o segundo momento 6 a 8 semanas após o parto.

Relativamente à parte quantitativa esta é de cariz explicativo, uma vez que pretendemos inferir a relação entre o *coping* diádico e a ansiedade, depressão e qualidade de vida maternas (Freire & Almeida, 2008). Este tipo de análise pretende examinar os factos e fenómenos observáveis através da medição de variáveis passíveis de serem medidas, comparadas e/ou relacionadas no decorrer de uma investigação científica (Coutinho, 2011). Este método permite assim uma maior precisão, objetividade, comparação e reprodução, generalização para situações semelhantes e inferência (Freixo, 2009). Assim, segundo o mesmo autor, este tipo de investigação tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos oferecendo a possibilidade de generalizar os resultados de prever e controlar os acontecimentos. A informação resultante deste tipo de investigação é transformada pelo pesquisador de forma a se expressar de numericamente (Silvestre e Araújo, 2012).

Quanto à parte qualitativa esta assume uma natureza descritiva, uma vez que pretendemos caracterizar a percepção materna acerca deste assunto (Freire & Almeida, 2008). Este tipo de investigação centra-se no estudo de ideias, através da descoberta dos significados nas ações individuais e interações sociais pela perspetiva dos intervenientes no processo (Coutinho, 2011). Segundo Bogdan e Bilken (1992) a preocupação primária é descrever e só secundariamente analisar os dados, sendo a questão fundamental não só o produto e o resultado final, mas todo o processo, uma vez que esta diz respeito ao significado das coisas. Segundo Wilson (1977) este tipo de metodologia assenta nos pressupostos de que os acontecimentos devem estudar-se nas suas relações naturais, uma vez que os acontecimentos apenas se podem compreender com a compreensão da percepção e interpretação pelas pessoas que nela participem.

Para ambas as abordagens existem potencialidades e limitações, sendo que ambas podem contribuir para um melhor conhecimento da realidade (Minayo, & Sanches, 1993). Segundo King, Tomz e Wittenberg (2000), investigadores que não retirem com frequência da informação disponível resultados estatísticos perdem oportunidade de obter dados que poderiam melhor esclarecer as suas questões de investigação. Por outro lado, Bourdieu (1972)

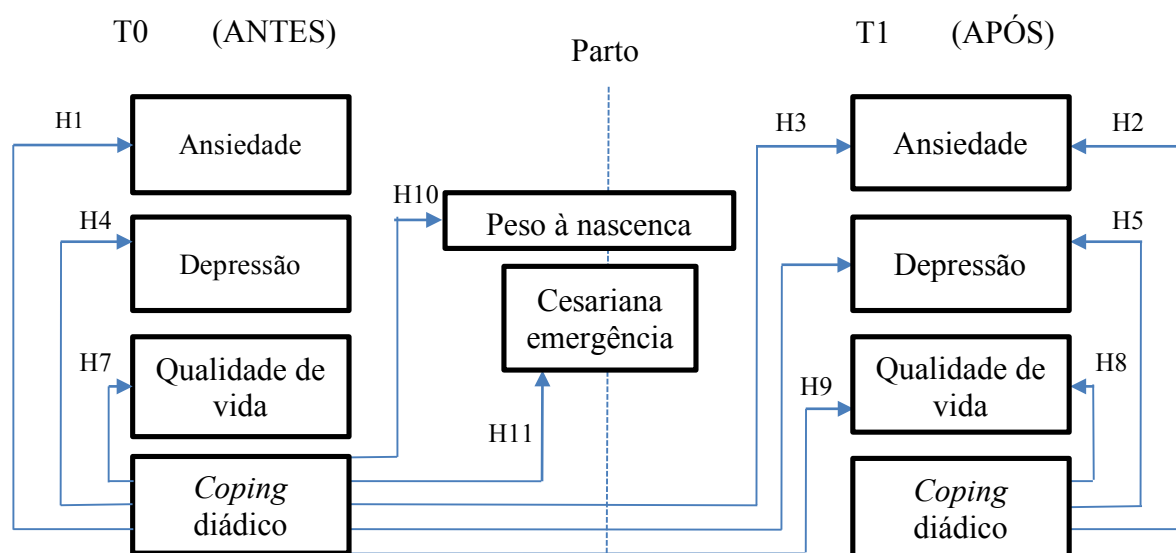
refere que na abordagem meramente qualitativa surgem algumas limitações, uma vez que esta se centra na mera repetição do que é estudado em trabalho de campo.

Segundo Onwuegbuzie e Leech (2005) o uso exclusivo de uma das abordagens pode ser um obstáculo ao desenvolvimento das ciências sociais. Assim, segundo Gunther (2006), o investigador não deveria escolher entre um método ou outro, mas utilizar as várias abordagens que se adequam à sua questão de pesquisa. Patton (1990) afirma que um plano de investigação mais sólido deverá incluir a combinação de metodologias no estudo dos mesmos fenómenos. Onwuegbuzie e Leech (2005) indicam que investigações mistas podem assim combinar a precisão empírica de uma investigação quantitativa com a precisão descritiva de uma investigação qualitativa. Assim, uma investigação mista utiliza as vantagens de cada tipo de investigação de forma a colmatar as desvantagens do outro método, oferecendo um resultado aditivo (Sale, Lohfeld e Brazil, 2002).

A escolha de uma metodologia mista para a nossa investigação prende-se assim com o objetivo de criar um plano de investigação o mais sólido e amplo possível, dadas as nossas condições de investigação.

Figura 3

Modelo Conceptual de Investigação



Notas. Este modelo expõe as variáveis em estudo. A ansiedade, depressão, qualidade de vida e *coping* diádico referidos são os da mãe. As setas representam as hipóteses em estudo.

Na figura 3 encontra-se resumido o modelo conceptual da pesquisa, cujas variáveis e hipóteses colocadas para a verificação dos objetivos formulados se encontram esquematicamente representadas.

6.4. Hipóteses

Que seja do nosso conhecimento não existem estudos que relacionem o *coping* diádico e a ansiedade, depressão e qualidade de vida maternas durante a transição para a parentalidade. No entanto, como verificámos anteriormente existem alguns indicadores de que estas variáveis poderão relacionar-se. Parece-nos também pertinente tentar verificar se o *coping* diádico se relaciona com outras variáveis relacionadas com o parto.

Assim, de forma a respondermos às questões de investigação e como resposta aos objetivos e revisão teórica atrás referidos formulámos as seguintes hipóteses de estudo:

Hipótese 1: Antes do parto, o *coping* diádico tem impacto sobre a ansiedade materna: Formas positivas de *coping* diádico estão associadas a baixos níveis de ansiedade, enquanto formas negativas estão associadas a altos níveis de ansiedade materna.

Tem sido estudada a associação entre a relação conjugal e o suporte social a estados de ansiedade nesta etapa do desenvolvimento familiar. Biaggi et al. (2016) verificaram que a falta de suporte social e do parceiro é um dos maiores fatores de risco para a ansiedade na gravidez. Segundo Bayrampour et al. (2015), a baixa satisfação conjugal é um dos maiores fatores de risco para o desenvolvimento de ansiedade, nesta etapa. Também Clout e Brown (2016) verificaram que a insatisfação conjugal previu altos níveis de ansiedade durante a gravidez. Por sua vez, o suporte percebido e a satisfação conjugal parecem funcionar como fatores protetores contra a ansiedade e depressão maternas (Lee et al., 2007). Existem ainda resultados que indicam que uma relação problemática, pobre ou conflituosa pode atuar como fator de risco de desenvolvimento de ansiedade durante a gravidez (Giardinelli et al., 2012; Martini et al., 2015; Nasreen et al., 2011).

Embora não tenham estudado o *coping* diádico Peñacoba-Puente et al., (2013) procuraram estudar a relação entre *coping* individual e ansiedade, tendo verificado que estratégias de *coping* individuais negativas pareceram estar associadas a altos níveis de ansiedade.

Fora do contexto da gravidez, Regan et al. (2014) verificaram que no caso de pacientes de cancro a sua percepção das estratégias *coping* diádico dos seus companheiros pareceram ter impacto sobre os níveis de ansiedade e depressão, em que percepções negativas

de *coping* diádico são associados com altos níveis de ansiedade e depressão. Por sua vez, Gabriel, Untas, Lavner, Koleck, e Luminet (2016) verificaram que o *coping* diádico serviu de mediador entre alexitimia e ansiedade e depressão (no caso dos homens do estudo) e associado o *coping* diádico com ansiedade e depressão tendo a alexitimia como mediadora (no caso das mulheres do estudo).

Ainda fora do contexto da gravidez, Randall, Totenhagen, Walsh, Adams, e Tao (2017) verificaram que a utilização de *coping* de suporte focado no problema e *coping* de suporte focado nas emoções serve de proteção para sintomas de ansiedade, em contexto laboral.

Hipótese 2: Depois do parto, o *coping* diádico tem impacto sobre a ansiedade materna. Formas positivas de *coping* diádico estão associadas a baixos níveis de ansiedade, enquanto formas negativas estão associadas a altos níveis de ansiedade materna.

Também no período pós-parto a alta satisfação conjugal foi associada a reduzidos riscos de ansiedade (Pilkington et al., 2015; Seymor et al., 2015), enquanto que Kohn et al. (2012), verificaram que mães muito ansiosas têm menor satisfação com a relação conjugal, percebem os seus parceiros como oferecendo pouco suporte e tendo bastantes comportamentos negativos. De acordo com diversos estudos o suporte com o parceiro está associado a baixos níveis de ansiedade no período pós-parto (Clavarino et al., 2010; Figueiredo et al., 2008; Whisman et al., 2011).

Relembramos o estudo de Peñacoba-Puente et al., (2013), em que, apesar de não terem estudado o *coping* diádico verificaram que existe relação entre formas negativas de *coping* diádico e altos níveis ansiedade.

Recordemos ainda os estudos mencionados na hipótese anterior, Regan et al. (2014), Gabriel, Untas, Lavner, Koleck, e Luminet (2016) e Randall, Totenhagen, Walsh, Adams, e Tao (2017), que embora se tenham focado em contextos distintos do período pós parto, verificaram que o *coping* diádico se parece associar com ansiedade e/ou depressão.

Hipótese 3: O *coping* diádico tem impacto sobre a ansiedade materna durante a transição para a parentalidade: Formas positivas de *coping* diádico (pré-parto) estão associadas a baixos níveis de ansiedade (pós-parto) enquanto formas negativas (pré-parto) estão associadas a altos níveis de ansiedade materna (pós-parto).

Tendo em consideração os estudos abordados nas hipóteses anteriores, estes parecem assim indicar que poderá existir esta relação entre o *coping* diádico durante a gravidez e a ansiedade pós-parto.

Hipótese 4: Antes do parto, o *coping* diádico tem influência sobre a depressão materna: Formas positivas de *coping* diádico estão associadas a baixos níveis de depressão, enquanto formas negativas estão associadas a altos níveis de depressão materna.

A relação conjugal e o suporte social têm sido associados a estados de depressão. Os autores distinguem a falta de suporte social e do parceiro como dos maiores fatores de risco para depressão na gravidez (Bayrampour et al., 2015; Biaggi et al., 2016; Martini et al., 2015; Nasreen et al., 2011; Westdahl et al., 2007). Da mesma forma, o suporte percebido e a satisfação conjugal atuam como fatores protetores contra ansiedade e depressão maternas (Lee et al., 2007; Marchesi et al., 2009; Martini et al., 2015; Nasreen et al., 2011; Zeng et al., 2015).

Por sua vez, Fincham, Beach, Harold, e Osborne (1997), estudaram a relação entre satisfação conjugal e sintomas depressivos em casais recém-casados e 18 meses depois. Estes autores verificaram que enquanto nos homens foi encontrada casualidade de depressão para satisfação conjugal para as mulheres foi encontrada casualidade de satisfação conjugal para depressão. De acordo com Miller et al. (2013), em circunstâncias gerais, um indivíduo insatisfeito com o seu casamento tem tendência para estar deprimido.

Relembremos ainda os estudos mencionados nas hipóteses anteriores, Regan et al. (2014) e Gabriel, Untas, Lavner, Koleck, e Luminet (2016) que embora se tenham focado em contextos distintos da transição para a parentalidade, que verificaram que o *coping* diádico se parece associar com ansiedade e depressão.

Hipótese 5. Após o parto, o *coping* diádico tem influência sobre a depressão materna. Formas positivas de *coping* diádico estão associadas a baixos níveis de depressão, enquanto formas negativas estão associadas a altos níveis de depressão materna.

Também no período pós-parto o baixo suporte social e a baixa satisfação conjugal são indicados como riscos para o desenvolvimento de depressão pós-parto (O'hara & Swain, 1996). Estes dados são corroborados por Munaf e Siddiqui (2013), que estudaram a relação entre satisfação conjugal e depressão no período pós-parto, tendo verificado que baixos níveis de satisfação conjugal se encontram associados a altos níveis de depressão.

Por outro lado, o alto suporte social parece ter um papel benéfico na redução do risco deste tipo de depressão (Surkan et al., 2006). Também Webster et al., (2011) encontraram evidências de que mulheres com baixo suporte social (especialmente do parceiro e da família) têm mais propensão desenvolver depressão pós-parto comparativamente a mulheres com um alto suporte social. Clout e Brown (2016) verificaram que a expressão de afeto e a satisfação diádica durante a gravidez previram significativamente altos níveis de depressão no período pós-parto.

Guardino e Schetter (2014), através de uma meta-análise, procuraram relacionar diferentes tipos de *coping* individual na gravidez e apesar de alguns resultados inconsistentes encontraram alguma evidência na literatura de que estilos de *coping* evitantes e estratégias de *coping* pobres no geral estão associados a depressão pós-parto.

Recordemos ainda o estudo de Fincham, Beach, Harold, e Osborne (1997), que encontraram relações de causalidade entre determinadas facetas da relação e a depressão e o estudo de Miller et al. (2013), em que se verificou que de forma geral, um indivíduo insatisfeito com o seu casamento tem tendência para estar deprimido.

Finalmente, referimos os estudos mencionados nas hipóteses anteriores, Regan et al. (2014) e Gabriel, Untas, Lavner, Koleck, e Luminet (2016) que embora se tenham focado em contextos distintos da transição para a parentalidade, que verificaram que o *coping* diádico se parece associar com ansiedade e depressão.

Hipótese 6. O *coping* diádico tem influência sobre depressão materna durante a transição para a parentalidade: Formas positivas de *coping* diádico (pré-parto) estão associadas a baixos níveis de depressão (pós-parto), enquanto formas negativas (pré-parto) estão associadas a altos níveis de depressão materna (pós-parto).

Considerando as investigações abordadas nas hipóteses 4 e 5, estes parecem assim indicar que poderá existir esta relação entre o *coping* diádico durante a gravidez e a depressão pós-parto.

Hipótese 7. Antes do parto, o *coping* diádico tem influência sobre a qualidade de vida materna: Formas positivas de *coping* diádico estão associadas alta qualidade de vida, enquanto formas negativas estão associadas a baixa qualidade de vida materna.

Ngai e Ngu (2013), citando Gao, Chan, e Mao (2009) sugerem que a componente mental do casal está positivamente associada à qualidade de vida do casal durante a transição para a parentalidade. Já Webster et al., (2011) encontraram evidências de que mulheres com

baixo suporte social (especialmente do parceiro e da família) têm mais propensão a ter baixa qualidade de vida comparativamente a mulheres com um alto suporte social.

De forma global a insatisfação conjugal tem sido associada a baixa qualidade de vida (Ng, Loy, Gudmunson, & Cheong, 2009; Rohany & Sakdiah, 2010). Fora do contexto da transição para a parentalidade, Holubova et al. (2015), estudaram a relação entre estratégias de *coping* individual e a qualidade de vida de doentes esquizofrénicos, tendo verificado que enquanto que a estratégias de *coping* positivas estão associadas a maior qualidade de vida estratégias de *coping* negativas estão associadas a menor qualidade de vida.

Hipótese 8. Depois do parto, o *coping* diádico tem influência sobre qualidade de vida materna: Formas positivas de *coping* diádico estão associadas alta qualidade de vida, enquanto formas negativas estão associadas a baixa qualidade de vida materna.

Tal como verificámos na hipótese anterior apesar de não existirem estudos que estudem diretamente a relação entre o *coping* diádico e a qualidade de vida maternas durante a transição da parentalidade, existem estudos que parecem indicar que poderá existir uma relação neste contexto, como Ngai e Ngu (2013), citando Gao, Chan, e Mao (2009) que associam a componente mental do casal à qualidade de vida, de Webster et al., (2011) que verificaram que o suporte social se parece relacionar com a qualidade de vida e os de Ng, Loy, Gudmunson, & Cheong (2009) e Rohany & Sakdiah (2010) que verificaram que de forma global a insatisfação conjugal tem sido associada a baixa qualidade de vida.

Fora deste período recordemos ainda os estudos de Holubova et al. (2015), que em contexto de perturbação mental verificaram que estratégias de *coping* individuais de parecem relacionar com qualidade de vida, em que estratégias positivas estão associadas a maior qualidade de vida e estratégias de *coping* negativas estão associadas a menor qualidade de vida.

Hipótese 9. O *coping* diádico tem influência sobre qualidade de vida materna na transição para a parentalidade: Formas positivas de *coping* diádico estão associadas alta qualidade de vida, enquanto formas negativas estão associadas a baixa qualidade de vida materna.

Atentando os estudos apontados nas hipóteses 7 e 8, estes parecem apontar que poderá existir relação entre o *coping* diádico durante a gravidez e a depressão pós-parto.

Hipótese 10. O *coping* diádico relaciona-se com o peso do bebé ao nascimento: Formas positivas de *coping* diádico estão associadas a menor risco de baixo peso no bebé, enquanto formas negativas estão associadas a maior risco de baixo peso no bebé.

Apesar de não existirem estudos que relacionem o *coping* diádico e a baixo peso do bebê, Borders et al., (2007) encontraram associações entre baixas capacidades de *coping* individual por parte da mãe e risco aumentado de baixo peso para o bebê.

Hipótese 11. O *coping* diádico relaciona-se com o risco de cesariana por emergência: Formas positivas de *coping* diádico estão associadas a menor risco de cesariana por emergência, enquanto formas negativas estão associadas a maior risco cesariana por emergência.

Apesar de não existirem estudos que relacionem o *coping* diádico e a baixo peso do bebê, Ryding et al. (1998) encontraram dados que sugerem que mulheres que tiveram de realizar cesariana de emergência tinham menos capacidades de *coping* individual durante a gravidez comparativamente às restantes mulheres do estudo.

Parece-nos também apropriado estudar as variáveis no contexto da transição para a parentalidade. Que seja do nosso conhecimento não existem estudos que analisem como é que a ansiedade, a depressão, a qualidade de vida da mãe e o *coping* diádico evoluem nesta etapa. Assim, é-nos impossível delinear quaisquer hipóteses neste âmbito, no entanto e dado o contexto do nosso estudo consideramos que o debruçar-nos sobre esta temática poderá ser enriquecedor para esta investigação.

Parece-nos ainda pertinente aprofundar o conhecimento sobre a experiência da mãe nesta área através de uma análise qualitativa, na medida em que poderemos obter dados importantes para a compreensão do processo de transição para a parentalidade e da influência da relação marital na ansiedade, depressão e qualidade de vida maternas nesta fase.

6.5. Variáveis

Seguidamente encontram-se expostas na tabela 5 as variáveis em estudo, dependentes e independentes, em que, de acordo com a classificação de Marconi e Lacatos (2011), as variáveis dependentes são os valores que pretendemos explicar e as independentes as que afetam as restantes variáveis.

Tabela 5

Variáveis em estudo

Tipo de Variável	Variável	Definição	Operacionalização
Independente	<i>Coping</i> diádico	Estratégias de <i>coping</i> utilizadas pelos parceiros quando ambos estão expostos a uma situação de stresse (Bodenmann, 2005);	Inventário de <i>Coping</i> Diádico (ICD) de Bodenmann (1995b) – Adaptação portuguesa de Vedes, Nussbeck, Bodenmann, Lind e Ferreira (2013), que permite a definição do tipo de <i>coping</i> predominante: conjunto, de suporte, delegado, hostil, ambivalente ou superficial;
	Ansiedade	Antecipação apreensiva de situações futuras de perigo acompanhada por preocupação e sofrimento que pode incluir sintomas somáticas de tensão (APA, 2014);	Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983) – Adaptação portuguesa de Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses e Baltar (2007);
Dependentes	Depressão	Humor deprimido ou perda de interesse ou prazer em conjunto com sintomas como alterações no peso ou no apetite e no sono, agitação ou lentificação psicomotora, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriadas, capacidade de concentração, pensamentos, ideias ou tentativas de suicídio (APA, 2014);	Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983) – Adaptação portuguesa de Pais-Ribeiro et al. (2007);
	Qualidade de Vida	Perceção individual da própria vida enquadrada nos contextos culturais e sociais em que está inserido e face aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1994 citados por Canavarro et al., 2006);	Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL_BREF) (WHOQOL Group, 1994) – Adaptação portuguesa de Canavarro et al. (2006);
	Peso do bebé ao nascer	O peso do bebé ao nascer em kg;	Questionário de dados pessoais;
	Parto por Cesariana de emergência	Ser ou não parto por cesariana de emergência.	Questionário de dados pessoais.

Notas. Esta tabela expõe as variáveis em estudo. Organiza-se entre variáveis dependentes e independentes e inclui a definição e a operacionalização de cada uma.

6.6. População e Amostra – Participantes

A população deste estudo é constituída por mulheres grávidas portuguesas, seguidas em consultas pré-natal em diversos agrupamentos centros de saúde e hospitais públicos e privados na região de Lisboa e Vale do Tejo.

Esta é uma amostra homogénea, não probabilística, uma vez que todas as participantes do estudo foram escolhidas por partilhar uma característica específica da população, neste caso o serem grávidas no último trimestre de gestação (Freixo, 2009).

Relativamente à amostra referente à parte quantitativa deste estudo esta foi constituída por 59 grávidas no terceiro trimestre de gravidez residentes em Portugal. Quanto à amostra relativa à parte qualitativa deste estudo esta foi constituída por 10 grávidas no terceiro trimestre de gravidez residentes em Portugal.

Como critérios de inclusão definimos participação voluntária na investigação, ser encontrar-se no último trimestre de gestação (a partir da 27^a semana inclusivé), ser de nacionalidade portuguesa e ser maior de idade. Como critérios de exclusão para ambas as amostras definimos doença mental e gravidez de alto risco.

6.6.1. Amostra quantitativa.

De seguida iremos realizar uma breve caracterização da amostra da parte quantitativa deste estudo.

A idade das mães variou entre os 20 e os 46 anos com uma média de idades de 32. Relativamente à escolaridade a maioria (67,8%) das mães tinham o ensino superior, seguidas de 25,4% com o ensino secundário, 5,1% o 3º ciclo e 1,7% o 2º ciclo com nenhuma das mães a ter apenas o 1º ciclo.

A maioria das mães (78%) das mães eram casadas ou viviam em união de facto, 18,6% eram solteiras e 3,4% separadas ou divorciadas.

Das 56 mães que responderam à questão se era o primeiro filho a maioria (57,6%) respondeu que foi o primeiro filho.

A gravidez da maioria (78%) das mães decorreu sem problemas, sendo que as 20,3% que tiveram problemas durante o parto estes incluíram deslocamento do cório amniótico, diabetes, hipotidoidismo, hematoma suborionico, infeção uninária, problemas de coluna, lombalgias, contrações precoces, perda de peso, perdas hemorrágicas e problemas no cordão umbilical.

Das mães em estudo 47,5% tiveram preparação pós-parto. Das 50,8% que não tiveram, 15,3% indicaram que já o tinham feito anteriormente, 11,9% referiram não lhes ter parecido necessário, 6,8% indicaram que gostariam, mas não tiveram possibilidades e 13,6% apontaram outros motivos.

Relativamente ao parto, para 45,8% das mães este foi eutócico, 13,6% cesariana programada, 18,6% cesariana por urgência, 16, 9% extração a vácuo e 5,1% extração a fórceps, sendo que a maioria (84,7%) teve medidas de redução de dor. É ainda de mencionar que em 69,5% dos partos os pais assistiram.

Os bebés nasceram entre as 36 e as 41 semanas de gestação, tendo a maioria (55,9%) nascido às 39 ou 40 semanas, 54,2% do género feminino e 45,8 do género masculino. O peso dos bebés teve uma média de 3240 kg, tendo variado entre os 1860 kg e os 4700 kg e a maioria (84,7 %) das mães estava a amamentar.

Segue-se uma caracterização da amostra da parte qualitativa do estudo.

6.6.2. Amostra qualitativa.

A idade das mães variou entre os 21 e os 36 anos com uma média de idades de 27 (DP = 4,80). Relativamente à escolaridade, 10% das mães tinham o ensino superior, 40% o ensino secundário, 40% o 3º ciclo e 10% o 2º ciclo com nenhuma das mães a ter apenas o 1º ciclo. A maioria das mães (80%) das mães eram casadas ou viviam em união de facto, 20% eram solteiras e 20% separadas ou divorciadas.

A maioria (60%) das mães este foi o primeiro filho, 20% o segundo, 10% o terceiro e 10% o quinto, sendo que no momento de entrevista tinham decorrido entre 5 e 16 semanas após o parto com uma média de 8,7 semanas.

6.7. Instrumentos

Os métodos de procedimentos utilizados serão o método de inquérito, sob a forma de escalas e de uma entrevista que se encontram descritos seguidamente.

Antes da apresentação dos questionários existiu uma folha de rosto de apresentação do estudo com informações gerais relativas aos objetivos da investigação (anexo I na parte quantitativa e anexo VIII na parte qualitativa). Existiram também declarações de consentimento informado que foram elaboradas tendo em consideração o tratado de Helsínquia da World Medical Association (2018) ao direito de cada participante de recusar a participação ou desistir, assegurando às mães que os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para a investigação, sendo as suas identidades mantidas confidenciais, que foi assinada pelas mesmas (anexo II relativo à parte quantitativa e anexo IX quanto à entrevista). É de referir que estas informações foram reforçadas oralmente.

Como verificaremos seguidamente, os instrumentos selecionados para o nosso estudo apresentam boa robustez psicométrica e encontram-se já validados para a população portuguesa. No entanto, de forma a que pudéssemos avaliar a adequabilidade ao grupo em estudo realizamos uma análise de consistência interna.

6.7.1. Questionário de dados pessoais.

Para a parte quantitativa do estudo foi construído um questionário de dados pessoais de resposta fechada para que possa ter sido realizada uma caracterização da amostra que inclui dados sobre a mãe, sobre a gravidez (no primeiro momento de recolha de dados) e sobre o parto e o bebé (no segundo momento de recolha de dados) (anexos III e IV respetivamente).

Relativamente aos dados da mãe foi recolhida a idade, a escolaridade e o estado civil da mesma assim como os contactos telefónico e endereço de correio eletrónico (de forma a que os questionários pudessem ser respondidos após o parto).

Quanto aos dados da gravidez foram recolhidos dados quanto: ao tempo de gravidez e previsão de data para o parto; ser ou não a primeira gravidez e número de filhos; se a gravidez está a decorrer com problemas; se a mãe está a realizar alguma formação de preparação para o parto (se sim nome e duração do programa e se não os motivos) e informações da sua situação laboral (se já estava no trabalho atual quando engravidou, se têm receio de ser despedida por gravidez e que tipo de vínculo tem com a entidade empregadora).

Acerca dos dados do parto foi recolhido: data de nascimento do bebé; o tipo de parto e a sua duração; se este teve alguma medida de redução de dor; se o pai ou outra pessoa significativa assistiu ao parto e se ocorreu algum problema relativamente ao parto.

Foram ainda recolhidos dados acerca do bebé: tempo de gestação quando nasceu; sexo; peso e altura ao nascer; índice de Apgar; se bebé teve alguns cuidados especiais ao nascer e se o bebé está a amamentar (caso positivo se é a única forma de alimentação do bebé e caso negativo se a decisão de parar foi ditada pelas circunstâncias ou tomada pela mãe).

6.7.2. Inventário de *coping* diádico (ICD) – adaptação portuguesa de Vedes et al. (2013).

Este inventário foi adaptado do Inventário de *Coping* Diádico (ICD) de Bodenmann (1995b). Este foi construído de forma a avaliar a comunicação percebida e o *coping* diádico que ocorre em relações próximas quando um ou ambos os parceiros estão sob stresse, incluindo a tentativa da pessoa de reduzir o stresse do parceiro e as tentativas comuns para lidar com fatores externos de stresse que afetam a relação. Este instrumento encontra-se em anexo (anexo V).

Este pede aos participantes que, através de 37 itens construídos em escalas de *likert* de 5 pontos que variam entre 1 “muito raramente” a 5 “muito frequentemente”, identifiquem a resposta que melhor exprime a forma comunicam e se relacionam com o seu parceiro.

Estes itens organizam-se em 13 subescalas: stresse comunicado pelo próprio; *coping* diádico de suporte pelo próprio focado em emoções; *coping* diádico delegado pelo próprio focado em resolução de problemas; *coping* diádico negativo pelo próprio; stresse comunicado pelo parceiro; *coping* diádico de suporte pelo parceiro focado em emoções; *coping* diádico de suporte pelo parceiro focado em resolução de problemas; *coping* diádico delegado pelo parceiro; *coping* diádico negativo pelo parceiro; *coping* diádico conjunto focado em emoções; *coping* diádico conjunto focado em resolução de problemas e avaliação do *coping* diádico. Estas subescalas poderão traduzir-se nos tipos de *coping* diádico de Bodenman (2005) que referimos anteriormente na introdução.

É de referir que do instrumento original para a validação portuguesa existiram algumas alterações, uma vez que a análise dos itens extraídos mostrou que uma estrutura factorial de cinco domínios de *self* e do parceiro e dois factores de *coping* diádico conjunto era a melhor que se adequava aos resultados obtidos (Vedes et al., 2013).

Na tabela 6 encontram-se expostos os valores de consistência interna deste instrumento.

Tabela 6

Consistência interna do ICD

Subescala	Itens	Alfas <i>Cronbach</i>
Stresse comunicado pelo próprio	1, 2, 3, 4	.73
<i>Coping</i> diádico de suporte pelo próprio focado em emoções	20, 21, 24	.73
<i>Coping</i> diádico de suporte pelo próprio focado em resolução de problemas	23, 29	.63
<i>Coping</i> diádico delegado pelo próprio	28, 30	.75
<i>Coping</i> diádico negativo pelo próprio	22, 25, 26, 27	.77
Stresse comunicado pelo parceiro	16,17,18,19	.77
<i>Coping</i> diádico de suporte pelo parceiro focado em emoções	5, 6, 9	.92
<i>Coping</i> diádico de suporte pelo parceiro focado em resolução de problemas	8, 13	.81
<i>Coping</i> diádico delegado pelo parceiro	12, 14	.84
<i>Coping</i> diádico negativo pelo parceiro	7, 10, 11, 15	.80
<i>Coping</i> diádico conjunto focado em emoções	31, 32, 33,	.83
<i>Coping</i> diádico conjunto focado em resolução de problemas	34, 35	.80
Avaliação do <i>coping</i> diádico	36, 37	.97

Notas. Esta tabela expõe os valores de consistência interna do ICD. Adaptado de “Psychometric Properties and Validity of Dyadic Coping Inventory in Portuguese” por A. Vedes, F. Nussbeck, G. Bodenmann, W. Lind, & A. Ferreira, 2013, em *Swiss Journal of Psychology*, 72 (3), 149-157.

Segundo Pestana e Gageiro (2005) para os valores de consistência interna serem pelo menos razoáveis estes deverão ser de pelo menos .70, o que se verificou neste instrumento, uma vez que o alfa de *Cronbach* entre variou entre .70 e .97 (Vedes et al., 2013) (ver tabela 6). Estes valores foram bastante semelhantes aos da versão original, que variaram entre .71 e .92 (Bodenmann, 1995b).

6.7.3. Escala de ansiedade e depressão hospitalar (HADS) – adaptação portuguesa de Pais-Ribeiro et al. (2007).

A escala aplicada foi a adaptação portuguesa da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) de Zigmond e Snaith (1983). Esta foi construída de forma a avaliar os níveis de ansiedade e depressão em contexto hospitalar. Este instrumento encontra-se em anexo (anexo VI).

Esta escala é constituída 14 itens que se organizam em duas subescalas: ansiedade e depressão de 7 itens cada, pontuadas separadamente.

Cada item é classificado de acordo com uma escala tipo *likert* de 4 pontos (de 0 a 3), variando assim as pontuações entre 0 e 21, quer para ansiedade quer para depressão. Assim, de acordo com as pontuações estas poderão ser classificadas como “normal” (0 a 7), “leve” (8 a 10), “moderada” (11 a 14) e “severa” (15 a 21).

Na tabela 7 encontram-se expostos os valores de consistência interna deste instrumento.

Tabela 7

Consistência interna da validação portuguesa da HADS

Escala	Itens	Alfas de <i>Cronbach</i>
Ansiedade	1, 3, 5, 7, 9, 11, 13	.76
Depressão	2, 4, 6, 8, 10, 12, 14	.81

Notas. Esta tabela expõe os valores de consistência interna da avaliação portuguesa da HADS. Adaptado de “Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale” por J. Pais-Ribeiro et al., 2007, em *Psychology, Health & Medicine*, 12 (2), 225-237.

Quanto aos valores de consistência interna da adaptação portuguesa o alfa de *Cronbach* foi identificado quer para a escala de depressão quer para a escala de ansiedade (tabela 7). Para a escala de ansiedade esta foi de .76 e para a depressão foi de .81 (Pais-

Ribeiro et al., 2007), o que são valores de acordo com Pestana & Gagueiro (2005), pelo menos razoáveis.

No artigo original a consistência interna foi examinada através do cálculo de correlações de Spearman entre cada item e no score total pelos restantes itens da subescala, sendo que para os itens de depressão as correlações variaram entre .41 e .76 (com uma significância de $P < .01$) e para os itens de ansiedade variou entre .30 e .60 (com uma significância acima de $P < .02$) (Zigmond & Snaith, 1983).

6.7.4. Avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL_BREF) – adaptação portuguesa de Serra et al. (2006).

Este instrumento foi uma adaptação portuguesa do WHOQOL-BREF *Quality of Life Assessment* do WHOQOL Group (1998). Este foi construído de forma a avaliar a qualidade de vida de cada sujeito em diferentes áreas e de forma geral. Este instrumento encontra-se em anexo (anexo VI).

Este pede aos participantes que avaliem numa escala de *likert* de 1 a 5 o valor que melhor corresponde à sua experiência nas duas últimas semanas. É constituído por 26 questões, duas mais gerais, relativas à perceção geral da qualidade de vida e à perceção geral de saúde e as restantes questões que correspondem aos domínios: físico; psicológico; relações sociais e ambiente.

Relativamente à cotação, em primeiro lugar é necessário conferir se todas as pontuações se encontram no intervalo apropriado (entre 1 e 5), sendo que os resultados dos domínios estão dispostos num sentido positivo em que pontuações mais altas são representativas de melhor qualidade de vida. Nas facetas dor e desconforto, sentimentos negativos, dependência de mediação e morte e morrer estas são recodificadas inversamente uma vez que pontuações mais altas significam pior qualidade de vida. A média dos resultados das perguntas dentro de cada domínio é utilizada para o cálculo do mesmo em que a média dos resultados é multiplicada por 100 de forma a que os resultados variem entre 0 e 100.

Na tabela 8 encontram-se expostos os valores de consistência interna deste instrumento.

Tabela 8

Consistência interna do WHOQOL_BREF

Domínios	Itens	Alfas de <i>Cronbach</i>	
		Validação Portuguesa	Instrumento Original
Percepção geral da qualidade de vida	1	-	-
Percepção geral de saúde	2	-	-
Físico	3, 10, 16, 4, 15, 17, 18	.87	.80
Psicológico	5, 6, 7, 11, 19, 26	.84	.76
Relações sociais	20, 21, 22	.64	.66
Ambiente	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25	.78	.80

Notas. Esta tabela descreve os níveis de consistência interna do WHOQOL_BREF referentes ao instrumento original e à validação portuguesa. Notar que Percepção Geral da qualidade de vida e percepção geral de saúde são questões gerais e não domínios, daí a não existência de alfas de cronbach, no entanto para que estas questões possam ser do conhecimento do leitor optámos por as manter na tabela. Adaptado de “Estudos psicométricos dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal” por A. Serra et al., 2006, em *Psicologia Clínica*, 27 (1), 31-40 e de “Development of World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment” por WHOQOL Group, 1998, em *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

Estes domínios possibilitam ainda a pontuação de um indicador global, que serve como indicador de um valor global da qualidade de vida.

Os valores de consistência interna da adaptação portuguesa foram todas pelo menos aceitáveis, variando o alfa de *Cronbach* entre .64 e .94 (Serra et al., 2006). Já no instrumento original estes valores variaram entre .66 e .80 (WHOQOL Group, 1998).

6.7.5. Entrevista semi-estruturada.

Esta é uma entrevista presencial constituída por seis questões a definir de resposta aberta que pretendam conhecer os medos e as expetativas da grávida.

Existiu ainda uma folha de rosto com a apresentação do estudo, uma declaração de consentimento informado e foram retirados alguns dados demográficos (idade, escolaridade, estado civil, se é ou não o primeiro filho e as semanas de vida do bebé) (ver anexos VIII, IX e X).

As questões colocadas foram construídas de forma a obter dados sobre: experiência de sintomas de ansiedade (ver anexo X, pergunta 1); experiência de sintomas de depressão (ver anexo X, pergunta 2); qualidade de vida (ver anexo X, pergunta 3); a relação com o

parceiro e a sua evolução ao longo da gravidez (ver anexo X, pergunta 4); a influência da relação do parceiro sobre a ansiedade, depressão e qualidade de vida maternas (ver anexo X, pergunta 5). Para além destas questões existiu uma outra que ofereceu às mães a possibilidade de acrescentar alguma informação que pretendessem.

6.8. Procedimentos

Em primeiro lugar foram pedidas as devidas autorizações aos proprietários dos instrumentos para que estes pudessem ser aplicados. Foi também solicitada autorização a centros de saúde e hospitais públicos, dada a especificidade da população do estudo. O protocolo de investigação foi ainda submetido e aprovado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados. Este conjunto de autorizações já tinha sido feito pelo grupo de investigação do CIP-UAL quando me integrei na investigação.

Através da elaboração de um projeto de dissertação obtivemos autorização da Comissão de Ética da UAL.

Aquando da elaboração do projeto de investigação tivemos em consideração a declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2017), que indica os princípios éticos a ter em consideração para investigações com seres humanos.

Seguidamente prosseguimos à recolha dos dados qualitativos e quantitativos através dos instrumentos atrás descritos.

Relativamente aos questionários estes foram aplicados individualmente em dois momentos, primeiro no terceiro trimestre da gravidez e depois entre as 6-8 semanas após o parto, tendo sido a própria a preencher o questionário. O primeiro momento de avaliação foi presencial em centros de saúde e hospitais públicos da área de Lisboa (maioritariamente em salas de espera na presença do investigador, embora em alguns casos tenha existido salas privadas) e o segundo por contacto telefónico e/ou email, onde foi disponibilizado um *link* para que os questionários pudessem ser respondidos *online*.

Por esta mesma altura foi realizada uma revisão teórica, para que pudéssemos enquadrar o tema, confrontar os dados recolhidos com a literatura existente e explicar a contribuição da investigação para esta área de investigação.

Após a revisão teórica foi realizado um guião de entrevista, para prosseguir com a parte qualitativa do estudo. As entrevistas foram assim realizadas nos mesmos locais dos questionários e foram realizadas entre as 6-8 semanas após o parto, presencialmente e em salas privadas, tendo o áudio sido gravado.

Relativamente aos dados quantitativos após a aplicação e recolha dos questionários os dados estes foram introduzidos no programa informático IBM SPSS *Statistics*, para que pudessem ser trabalhados estatisticamente (verificar seção seguinte para mais informações relativas aos procedimentos estatísticos).

Quanto aos dados qualitativos as entrevistas foram transcritas para posterior análise e discussão.

Após a análise dos dados estes foram contextualizados e comparados com a literatura existente de acordo com a revisão de literatura anteriormente realizada de forma a que se pudesse responder à problemática da investigação, cumprir os objetivos atrás descritos e verificar se as hipóteses construídas se cumpriram.

6.8.1. Procedimentos estatísticos.

6.8.1.1. Estudo quantitativo.

Após a recolha dos dados foi criada uma base de dados de forma a que pudesse ser realizado o tratamento estatístico dos mesmos, sendo que utilizámos o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v. 24 (IBM, corp. ®).

Inicialmente conferimos os *missing values* presentes na base de dados. De acordo com a indicação de Garson (2015) verificámos se estes existiam de forma aleatória, aplicando assim o little MCAR test. Uma vez que não encontramos valores significativos e uma vez que os *missing values* eram muito poucos (1 a 4) perante as escalas ICD, HADS e WHOQOL_BREF optámos por substituí-los pelas medianas como recomendado por Somasundaram e Nedunchezian (2012).

Após este procedimento, criámos novas variáveis, relativas às subescalas do ICD, às subescalas do WHOQOL_BREF, à ansiedade, à depressão, ao peso do bebé e à cesariana por emergência.

Pelas subescalas do ICD foram criadas as variáveis: comunicação de stress pelo próprio, comunicação de stress pelo parceiro, CD positivo, CD positivo parceiro, CD negativo, CD negativo parceiro, CD conjunto, CD avaliação conjunta.

Através das subescalas do WHOQOL_BREF foram criadas as variáveis: percepção geral da qualidade de vida, percepção geral de saúde, qualidade de vida física, qualidade de vida psicológica, relações sociais e ambiente. Excepto no caso das variáveis peso do bebé e cesariana por emergência todas foram duplicadas, uma vez que estas foram medidas em T0 e em T1.

A análise estatística às variáveis em estudo foi realizada essencialmente com base em testes paramétricos de *t*-Student e Teste de correlação de Pearson. O teste *t* está indicado para as comparações de médias entre grupos, permitindo perceber se existem diferenças entre os mesmos ou não. Dado que queríamos, também, verificar se existia associação linear entre variáveis, utilizámos o coeficiente de correlação de Pearson, enquanto medida do grau de associação entre duas variáveis.

Na decisão de utilizar testes paramétricos, tivemos em conta os pressupostos para a sua utilização, nomeadamente, a variável deve seguir uma distribuição normal, a dimensão e homogeneidade dos grupos, a expressão dos dados em escala continua e os grupos serem independentes.

Antes de procedermos à análise estatística de forma a verificar a confiabilidade das escalas aplicadas (Tavakol, 2011), calculámos a consistência interna das medidas, pelo coeficiente *alfa* de Cronbach.

Realizámos então uma análise descritiva de acordo com os dados obtidos pelo questionário sociodemográfico, tendo sido calculados os valores: mínimo, máximo, média e desvio-padrão. No caso da variável cesariana por emergência, uma vez que esta é uma variável nominal apenas foi indicado a frequência desta.

Após as análises da amostra e uma vez que a amostra é pequena ($n=59$) testámos a normalidade para cada uma das variáveis de forma a verificar os pressupostos para a realização de testes paramétricos, através do teste *Kolmogorov-Smirnov*, que revelou que umas variáveis tinham uma distribuição normal e outras não, pelo que optámos pela utilização de testes paramétricos no primeiro caso e por testes não paramétricos no segundo, de acordo com as indicações de Parab e Bhalerao (2010). Para todos os testes estabelecemos um nível de significância de .05.

De seguida, para as variáveis que foram estudadas em T0 e T1 testámos se estas tinham variado no tempo através do teste *t* para amostras emparelhadas (quando se verificou normalidade) e do teste Wilcoxon (no casos em que não existiu normalidade).

De forma a analisar as correlações entre *coping* diádico e as restantes variáveis, e de acordo com as indicações de Parab e Bhalerao (2010) utilizámos os testes de correlação de Pearson, quando se verificou normalidade, em conjunto com testes de regressão linear quando os valores deste teste foram significativos e o teste de Spearman nos restantes casos.

6.8.1.2. Estudo qualitativo.

Segundo Coutinho (2011) a codificação realizada numa análise descritiva ocorre maioritariamente após a recolha dos dados, em que o investigador procura padrões de pensamento ou de comportamento, palavras e frases que justifiquem a categorização. Assim, embora existissem perguntas previamente definidas apenas após a realização das entrevistas e posterior transcrição realizámos a codificação e categorização dos dados, realizada de acordo com o método descrito por Sarmiento (2013).

Para o realizar desta mesma codificação e categorização começamos por realizar uma leitura vertical de todas as entrevistas por ordem cronológica. Depois realizámos uma leitura horizontal das respostas das entrevistas (em que analisámos a primeira pergunta de todas as entrevistas, depois a segunda e assim por diante). Nesta etapa foi evidente que alguns dos mesmos temas eram falados em questões diferentes, pelo que percebemos que a categorização não poderia ser realizada por questão.

Assim, diferenciámos os segmentos do texto, marcando-os em diferentes sublinhados ou cores, de forma a marcar unidades de contexto em cores semelhantes, até que todo o texto estivesse saturado. Definimos desta forma unidades de texto semelhantes.

Elaborámos matrizes de unidades de contexto e de registo por questão e transportámos as referidas unidades marcadas no texto por essas matrizes, construindo assim matrizes das análises de conteúdo.

De seguida quantificámos as unidades de registo de acordo com a presença ou ausência de determinadas características e reagrupámos as unidades de registo em subcategorias, atribuindo-lhes uma designação. Estas subcategorias foram agrupadas em categorias, que por sua vez também lhes foi atribuída uma designação.

Assim, durante esta fase emergiram 5 categorias que envolvem 108 códigos. Estas categorias foram: receios, emoções negativas, social, saúde e bem-estar e experiência de maternidade. As categorias e os códigos (ou subcategorias) encontram-se expostos em conjunto com as frases seleccionadas nos anexos XI, XII, XIII, XIV e XV.

Parte III – Resultados

7.1. Apresentação de Resultados

7.1.1. Resultados quantitativos.

7.1.1.1. Consistência interna das escalas.

A consistência interna das escalas foi analisada através do *alfa* de Cronbach. Como podemos verificar pela tabela 9 e de acordo a classificação de Murphy e Davidsholder (1988), todas as dimensões têm uma fiabilidade aceitável, uma vez que todas apresentam um alfa de Cronbach superior a .06.

Tabela 9

Fiabilidade das subescalas utilizadas

Subescala	Alfas de Cronbach	
	T0	T1
Comunicação de stresse pelo próprio	.62	.63
Comunicação de stresse pelo parceiro	.69	.69
CD Positivo	.61	.73
CD Positivo Parceiro	.89*	.91**
CD Negativo	.63	.68
CD Negativo Parceiro	.67	.81
CD conjunto	.64	.68
<i>CD avaliação conjunta</i>	.88*	.97**
Ansiedade	.81*	.84*
Depressão	.65	.67
Qualidade de vida geral	.65	.73
D1 (físico)	.77	.75
D2 (psicológico)	.82*	.81*
D3 (relações sociais)	.65	.74
D4 (ambiente)	.80	.89*

Notas. Esta tabela descreve a fiabilidade das subescalas do ICD, do HADS e do WHOQOL_Bref. CD. CD – *Coping* diádico, D - domínio *Fiabilidade moderada a elevada **Fiabilidade elevada

No caso da variável cesariana por emergência e uma vez que esta é uma variável nominal optámos por excluir-la da tabela. Como verificámos na secção caracterização da amostra, 18.6 % das mães tiveram este tipo de parto.

Após termos verificado estes valores, realizámos a análise estatística dos dados provenientes da amostra deste estudo.

7.1.1.2. Resultados globais.

Seguidamente, foi realizada uma descrição das médias, valores mínimos, máximos e desvios-padrão da amostra para cada das variáveis estudadas (tabela 10).

Tabela 10

Estatística descritiva das variáveis: média (M), desvio-padrão (DP), mínimo (Min) e o máximo (Máx)

	Variáveis	M	DP	Mín	Máx	
T0	Coping diádico	Comunicação de stresse pelo próprio	15.64	2.31	10	20
		Comunicação de stresse pelo parceiro	13.44	2.63	8.00	19.00
		CD positivo	28.25	5.49	20.00	62.00
		CD positivo pelo parceiro	28.50	4.65	13.00	35.00
		CD negativo	6.26	2.43	4.00	13.00
		CD negativo pelo parceiro	6.68	2.61	4.00	14.00
		CD conjunto	17.89	3.29	8.00	25.00
		CD avaliação <i>coping</i> conjunto	8.37	1.58	2.00	10.00
	Qualidade de Vida	Qualidade de vida geral	8.39	1.05	5.00	10.00
		D1 (físico)	25.31	3.78	16.00	34.00
		D2 (psicológico)	24.83	3.15	13.00	30.00
		D3 (relações sociais)	12.03	1.80	8.00	15.00
		D4 (ambiente)	31.71	4.01	22.00	40.00
	Ansiedade		6.42	3.51	.00	14.00
	Depressão		3.61	2.42	.00	13.00
T1	Coping diádico	Comunicação de stresse pelo próprio	15.98	2.18	12.00	20.00
		Comunicação de stresse pelo parceiro	13.32	2.63	6.00	20.00
		CD positivo	27.67	3.36	20.00	35.00
		CD positivo pelo parceiro	26.74	5.50	7.00	35.00
		CD negativo	6.47	2.47	4.00	13.00
		CD negativo pelo parceiro	7.86	3.55	4.00	20.00
		CD conjunto	17.27	3.26	8.00	25.00
		CD avaliação <i>coping</i> conjunto	7.98	1.93	2.00	10.00
	Qualidade de Vida	Qualidade de vida geral	8.30	1.30	4.00	10.00
		D1 (físico)	27.20	3.78	13.00	34.00
		D2 (psicológico)	24.23	3.50	13.00	29.00
		D3 (relações sociais)	11.03	2.17	5.00	15.00
		D4 (ambiente)	31.19	5.09	15.00	39.00
	Ansiedade		5.85	3.65	1.00	18.00
	Depressão		4.27	2.88	.00	14.00
Peso do bebé		3240.00	460.622	1860.00	4700.00	

Notas. Esta tabela apresenta a média média (M), desvio-padrão (DP), mínimo (Min) e o máximo (Máx) da amostra em estudo. CD – *Coping* diádico, D - domínio

Relativamente ao *coping* diádico, podemos observar que a maioria dos participantes tem uma perceção positiva, uma vez que os valores relativos ao *coping* diádico positivo são elevados e bastante superiores aos do *coping* diádico negativo. Verificámos também que os valores de *coping* diádico entre o próprio e o outro são bastante semelhantes.

Quanto aos valores de ansiedade e de depressão é possível verificar que estes são baixos comparativamente aos valores máximos da escala, que podem ir até 21. Para além

disso, segundo Pais-Ribeiro et al. (2007), quando os valores estão entre 0 e 7 (quer para a ansiedade quer para a depressão) são considerados normais. As médias encontradas encontram-se dentro destes valores, quer durante a gravidez, quer durante o período pós-parto.

Acerca da qualidade de vida, podemos verificar que os valores médios estão bastante próximos dos valores máximos previstos no instrumento de Serra et al. (1998) (na qualidade de vida geral o valor máximo é de 10, no domínio físico 35, psicológico 30, relações sociais 15 e no domínio ambiente 40), sendo que as mães parecem perceber a sua qualidade de vida, nas suas diferentes componentes, de forma positiva, em ambos os momentos.

Relativamente ao peso médio dos recém-nascidos encontrados na amostra este está dentro dos padrões tidos como saudáveis pela OMS (2018).

7.1.1.3. Verificação dos pressupostos para a realização de testes paramétricos.

A normalidade da distribuição foi testada através do teste Kolmogorov-Smirnov. Como podemos verificar, algumas variáveis demonstraram ter uma distribuição normal e outras não, pelo que optámos por utilizar testes quer paramétricos quer não paramétricos (tabela 11).

Tabela 11

Valores do teste de Kolmogorov-Smirnov

Variáveis		KS Sig. (2-tailed)	Aderência à normalidade
T0	Comunicação de stresse pelo próprio	.033	Não
	Comunicação de stresse pelo parceiro	.057	Sim*
	CD Positivo	.000	Não
	CD Positivo pelo parceiro	.200	Sim*
	CD Negativo	.000	Não
	CD Negativo pelo parceiro	.000	Não
	CD conjunto	.007	Não
	CD avaliação coping conjunto	.000	Não
	Qualidade de vida geral	.000	Não
	D1 (físico)	.012	Não
	D2 (psicológico)	.036	Não
	D3 (relações sociais)	.000	Não
	D4 (ambiente)	.200	Sim*
	Ansiedade	.200	Sim*
	Depressão	.001	Não
T1	Comunicação de stresse pelo próprio	.000	Não
	Comunicação de stresse pelo parceiro	.099	Sim*
	CD Positivo	.200	Sim*
	CD Positivo pelo parceiro	.089	Sim*
	CD Negativo	.000	Não

	CD Negativo pelo parceiro	.000	Não
	CD conjunto	.064	Sim*
	CD avaliação <i>coping</i> conjunto	.000	Não
Qualidade de Vida	Qualidade de vida geral	.000	Não
	D1 (físico)	.000	Não
	D2 (psicológico)	.000	Não
	D3 (relações sociais)	.000	Não
	D4 (ambiente)	.003	Não
	Ansiedade	.010	Não
	Depressão	.003	Não
Peso do bebé		.092	Sim*

Notas. Esta tabela indica os valores de significância encontrados para o teste de Kolmogorov-Smirnov. CD – *Coping* diádico, D – domínio * $P > .05$

7.1.1.3. Diferenças verificadas entre o T0 e o T1.

De seguida, procurámos estudar as variáveis estudadas em T0 e T1. Testámos se estas tinham variado no tempo através do teste *t* para amostras emparelhadas (quando se verificou normalidade) e do teste não paramétrico Wilcoxon (nos casos em que não existiu normalidade).

Na tabela 12 podemos verificar quais as variáveis que apresentaram resultados significativos.

Tabela 12

Variáveis com alterações significativas em T0 e em T1

Variáveis	Teste utilizado	Sig.	t	Z
CD Positivo pelo parceiro	Teste t para amostras emparelhadas	.000**	4.228	-
CD Negativo pelo parceiro	Teste não paramétrico Wilcoxon	.002**	-	-3.117
Domínio físico da qualidade de vida	Teste não paramétrico Wilcoxon	.002**	-	-.3118
Domínio relações sociais da qualidade de vida	Teste não paramétrico Wilcoxon	.001**	-	-3.617
Depressão	Teste não paramétrico Wilcoxon	.037*	-	-2.091

Notas. Esta tabela indica os valores de significância encontrados para os testes aplicados às mesmas variáveis em T0 e em T1. CD – *Coping* diádico ** $p < .01$; * $p < .05$

Existiram diferenças significativas no *coping* diádico positivo pelo parceiro ($t(df)=4.228$, $p < .001$), na medida em que a média do T0 ($M=28.50$, $SEM=.605$) é superior à

média do T1 ($M=26.74$, $SEM=.716$). Isto significa que as mães passaram a perceber de forma menos positiva o apoio do parceiro em situações de stresse.

O *coping* diádico negativo pelo parceiro variou significativamente ($Z = -3.117$, $p=.002$), sendo as médias de ordenações positivas (17.13) inferiores às médias de ordenações negativas (25.58). Isto indica que as mães passaram a perceber de forma mais negativa o apoio do parceiro em situações de stresse.

Existiram alterações consideráveis no domínio físico da qualidade de vida ($Z=-.3118$, $p=.002$), sendo as médias de ordenações positivas (24.91) inferiores às negativas (29.27). Assim, as mães passaram a perceber de forma superior o componente físico da sua qualidade de vida.

O domínio relações sociais da qualidade de vida foi significativamente diferente ($Z=-3.617$, $p=.001$), sendo as médias de ordenações positivas (23.81) superiores às negativas (15.00). Portanto, as mães passaram a perceber de forma inferior a componente das relações sociais da sua qualidade de vida.

Ocorreram diferenças significativas nos valores de depressão ($Z=-.2.091$, $p=.037$), sendo as médias de ordenações positivas (21.98) inferiores às negativas (29.56). Desta forma, isto indica que aumentaram os níveis de depressão nas mães.

Verificámos assim que algumas das variáveis em estudo se alteraram consideravelmente com a transição para a parentalidade. Relativamente à sua relação com o parceiro as mães passaram a perceber o apoio prestado pelo parceiro como mais negativo e menos positivo. Ao nível da sua qualidade de vida as mães consideraram que esta melhorou no domínio físico, mas piorou na componente das relações sociais. Por último, as mães apresentaram valores mais elevados de depressão no período pós-parto.

Seguidamente apresentamos as correlações entre as variáveis em estudo.

7.1.1.4. Análise de correlações e regressões entre coping diádico e ansiedade, depressão, qualidade de vida, peso do bebé ao nascimento e ser ou não cesariana por emergência.

Para a análise de correlações utilizámos os testes de correlação de Pearson, quando se verificou normalidade, em conjunto com testes de regressão linear quando os valores deste teste foram significativos e o teste de Spearman nos casos restantes. Destaca-se a variável cesariana por emergência, em que foi aplicado o teste de Mann-Whitney U, uma vez que esta é uma variável nominal.

7.1.1.3.1. Gravidez.

Seguidamente apresentamos os resultados mais relevantes encontrados durante o período da gravidez.

Ansiedade

Em primeiro lugar verificámos a existência de associações entre as dimensões do *coping* diádico e a ansiedade das mães. Na tabela 13 podemos verificar quais as variáveis que apresentaram resultados significativos.

Tabela 13

Correlações significativas entre coping diádico e ansiedade durante a gravidez

Variáveis		Teste aplicado	r	p
Comunicação de stresse pelo parceiro T0	Ansiedade T0	Pearson	-.260	.047*
CD Negativo pelo parceiro T0	Ansiedade T0	Spearman	.291	.025*

Notas. Esta tabela indica os valores de significância encontrados para os testes aplicados. CD – *Coping* diádico
* $p < .05$

Em T0 existiu uma correlação significativa negativa entre comunicação de stresse pelo parceiro e ansiedade ($r = -.260$, $p = .047$). Face a este resultado efetuamos uma regressão através do teste ANOVA considerando a variável preditora a dimensão comunicação de stresse pelo parceiro e como variável dependente a ansiedade pré-natal. O modelo encontrado, com o preditor, é estatisticamente significativo, $F(1, 57) = 4.128$, $p = .047$. O valor de $R = .26$ significa que a coesão exerce um efeito de 3% na vinculação pré-natal. O valor de $R^2 = .068$ diz-nos que a coesão é responsável em 7% pela variabilidade na vinculação pré-natal materna. Isto significa que, durante a gravidez, quanto mais positiva foi a perceção da mãe acerca de como o parceiro comunica o seu stresse, mais baixos foram os seus níveis de ansiedade.

Em T0 ocorreu também uma correlação significativa positiva entre *coping* diádico negativo pelo parceiro e ansiedade ($r_s = .291$, $p = .025$). Assim, durante a gravidez, quanto mais negativa foi a perceção da mãe acerca do apoio do parceiro em situações de stresse maiores foram os seus níveis de ansiedade.

Depressão

De seguida procurámos analisar as correlações entre *coping* diádico e a depressão neste período. Na tabela 14 podemos verificar quais as variáveis que apresentaram resultados significativos.

Tabela 14

Correlações significativas entre coping diádico e depressão durante a gravidez

Variáveis		Teste de Spearman	
		r	p
CD Positivo pelo parceiro T0	Depressão T0	-.290	.026*
CD Negativo pelo parceiro T0	Depressão T0	.269	.039*
CD conjunto T0	Depressão T0	-.477	.000**

Notas. Esta tabela indica os valores de significância encontrados para o teste de correlação de Spearman. CD – *Coping* diádico **p<.01; *p<.05

Ocorreu uma correlação considerável negativa entre *coping* diádico positivo pelo parceiro e depressão ($r_s = -.290$, $p = .026$). Isto significa que, durante a gravidez, quanto mais positiva foi a perceção da mãe acerca do apoio do parceiro em situações de stresse menores foram os seus níveis de depressão.

Nesta etapa também ocorreu uma correlação significativa positiva entre *coping* diádico negativo pelo parceiro em T0 e depressão em T0 ($r_s = .269$, $p = .039$). Assim, durante a gravidez, quanto mais negativa foi a perceção da mãe acerca do apoio do parceiro em situações de stresse maiores foram os seus níveis de depressão.

Existiu ainda uma correlação negativa significativa entre *coping* diádico conjunto em e depressão ($r_s = -.477$, $p < .000$). Desta forma, quanto mais positiva foi a perceção da mãe acerca de como o casal lida com situações de stresse menores foram os seus níveis de depressão.

Qualidade de vida

Na tabela 15 apresentamos as variáveis que apresentaram resultados significativos para os diferentes domínios da qualidade de vida.

Tabela 15

Correlações significativas entre coping diádico e o domínio psicológico da qualidade de vida durante a gravidez

Variáveis		Teste de Spearman	
		r	p
CD Positivo T0	Domínio psicológico da qualidade de vida T0	.345	.007**
CD Negativo pelo parceiro T0	Domínio psicológico da qualidade de vida T0	-.402	.002**
CD conjunto T0	Domínio relações sociais da qualidade de vida T0	.259	.047*
CD avaliação <i>coping</i> conjunto T0	Domínio relações sociais da qualidade de vida T0	.287	.027*

Notas. Esta tabela indica os valores de significância encontrados para o teste de correlação de Spearman. CD – *Coping* diádico **p<.01; *p<.05

Durante a gravidez não existiram correlações significativas entre as diferentes dimensões do *coping* diádico a dimensão geral da qualidade de vida e os domínios físico e ambiente.

Ocorreram correlação significativa entre *coping* diádico positivo e o domínio psicológico da qualidade de vida ($r_s = .345$, $p < .007$). Isto significa que quanto mais positiva foi percepção da mãe acerca do seu apoio para com parceiro em situações de stresse durante a gravidez mais elevado foi o domínio psicológico da qualidade de vida da mãe no mesmo período.

Nesta etapa também se evidenciou uma correlação significativa entre *coping* negativo pelo parceiro e o domínio psicológico da qualidade de vida ($r_s = -.402$, $p = .002$). Portanto, quanto mais negativa foi percepção da mãe acerca do apoio do parceiro em situações de stresse mais baixo foi o componente psicológico da qualidade de vida da mãe.

Existiu uma correlação significativa positiva entre *coping* diádico conjunto e o domínio relações sociais da qualidade de vida ($r_s = .259$, $p = .047$). Por outro lado, também se evidenciou uma correlação positiva significativa entre avaliação de *coping* diádico conjunto e este domínio da qualidade de vida ($r_s = .287$, $p = .027$). Isto significa que quanto mais positiva foi a percepção da mãe acerca de como o casal lida com situações de stresse e maior a sua satisfação em relação a essa percepção mais elevado foi o domínio das relações sociais.

7.1.1.3.2. Pós-parto.

Ansiedade

Em primeiro lugar verificámos a existência de associações entre as dimensões do *coping* diádico e a ansiedade das mães. Na tabela 16 podemos verificar quais as variáveis que apresentaram resultados significativos.

Tabela 16

Correlações significativas entre coping diádico e ansiedade durante o período pós-parto

Variáveis		Teste de Spearman	
		r	p
CD Negativo pelo parceiro T1	Ansiedade T1	.429	.001*

Notas. Esta tabela indica os valores de significância encontrados para o teste de correlação de Spearman. CD – Coping diádico *p<.05

No período pós-parto também existiu uma correlação significativa positiva entre *coping* diádico negativo pelo parceiro e ansiedade ($r_s=.429$, $p=.001$). Assim, à semelhança do que sucedeu no período da gravidez, quanto mais negativa foi a perceção da mãe acerca do apoio do parceiro em situações de stresse maiores foram os seus níveis de ansiedade.

Depressão

De seguida procurámos analisar as correlações entre *coping* diádico e a depressão nesta fase. Na tabela 17 podemos verificar quais as variáveis que apresentaram resultados significativos.

Tabela 17

Correlações significativas entre coping diádico e depressão durante o período pós-parto

Variáveis		Teste de Pearson	
		r	p
CD Positivo pelo parceiro T1	Depressão T1	-.321	.013*
CD conjunto T1	Depressão T1	-.336	.009**

Notas. Esta tabela indica os valores de significância encontrados para o teste de correlação de Pearson. CD – Coping diádico **p<.01; *p<.05

Existiu uma correlação negativa significativa entre *coping* diádico positivo pelo parceiro e depressão ($r_s = -.321$, $p=.013$). Face a este resultado efetuamos uma regressão através do teste ANOVA considerando a variável preditora a dimensão *coping* diádico

positivo pelo parceiro e como variável dependente a depressão pós-parto. O modelo encontrado, com o preditor, é estatisticamente significativo, $F(1, 57) = 2.53$, $p = .117$. O valor de $R = .206$ significa que a coesão exerce um efeito de 2% na vinculação pré-natal. O valor de $R^2 = .004$ diz-nos que a coesão é responsável em 7% pela variabilidade na vinculação pré-natal materna. Assim, os dados indicam que, durante a gravidez, quanto mais positiva foi a percepção da mãe acerca do apoio do parceiro em situações de stresse menores foram os seus níveis de depressão.

Para além disso, nesta etapa existiu uma correlação negativa significativa entre *coping* diádico conjunto e depressão ($r = -.336$, $p = .009$). Face a este resultado efetuamos uma regressão através do teste ANOVA considerando a variável preditora a dimensão comunicação de stresse pelo parceiro e como variável dependente a ansiedade pré-natal. O modelo encontrado, com o preditor, é estatisticamente significativo, $F(1, 57) = 7.26$, $p = .007$. O valor de $R = .336$ significa que a coesão exerce um efeito de 3% na vinculação pré-natal. O valor de $R^2 = .113$ diz-nos que a coesão é responsável em 11% pela variabilidade na vinculação pré-natal materna. Logo, quanto mais positiva foi a percepção da mãe acerca de como o casal lida com situações de stresse menores foram os seus níveis de depressão.

Qualidade de vida

Na tabela 18 apresentamos as variáveis que apresentaram resultados significativos para o domínio qualidade de vida geral.

Tabela 18

Correlações significativas entre coping diádico e a qualidade de vida geral durante o período pós-parto

Variáveis		Teste de Spearman	
		r	p
CD Negativo pelo parceiro T1	Qualidade de vida geral T1	-.272	.037*
CD Negativo T1	Domínio físico da qualidade de vida T1	-.260	.047*
CD Negativo pelo parceiro T1	Domínio físico da qualidade de vida T1	-.282	.031*
CD Negativo T1	Domínio psicológico da qualidade de vida T1	-.295	.023*
CD Negativo pelo parceiro T1	Domínio psicológico da qualidade de vida T1	-.371	.004*
Comunicação de stresse pelo parceiro T1	Domínio relações sociais da qualidade de vida T1	.326	.012*
CD Positivo T1	Domínio relações sociais da qualidade de vida T1	.447	.000**
CD Positivo pelo parceiro T1	Domínio relações sociais da qualidade de vida T1	.316	.015*
CD Negativo T1	Domínio relações sociais da qualidade de vida T1	-.266	.042*
CD Negativo pelo parceiro T1	Domínio relações sociais da qualidade de vida T1	-.410	.001**
CD conjunto T1	Domínio relações sociais da qualidade de vida T1	.310	.017*
CD avaliação <i>coping</i> conjunto T1	Domínio relações sociais da qualidade de vida T1	.455	.000**
CD Negativo T1	Domínio ambiente da qualidade de vida T1	-.282	.030*
CD Negativo pelo parceiro T1	Domínio ambiente da qualidade de vida T1	-.381	.003*
CD avaliação <i>coping</i> conjunto T1	Domínio ambiente da qualidade de vida T1	.283	.030*

Notas. Esta tabela indica os valores de significância encontrados para o teste de correlação de *Spearman*. CD – *Coping* diádico ** $p < .01$; * $p < .05$

Já durante o período pós-parto existiu uma correlação significativa entre *coping* diádico negativo pelo parceiro e a qualidade de vida geral ($r_s = -.272, p=.037$). Desta forma, quanto mais negativa foi a percepção da mãe acerca do apoio do parceiro em situações de stresse menor foi a qualidade de vida geral durante o período pós-parto.

Nesta fase, ocorreu uma correlação significativa negativa entre *coping* diádico negativo e o domínio físico da qualidade de vida ($r_s = -.260, p < .047$). Logo, quanto mais negativa foi percepção da mãe acerca do seu apoio para com parceiro em situações de stresse a gravidez mais baixo foi o componente físico da qualidade de vida da mãe. Por outro lado, ocorreu uma correlação negativa significativa entre *coping* diádico negativo pelo parceiro e o domínio físico da qualidade de vida ($r_s = -.282, p < .031$). Assim, quanto mais negativa foi percepção da mãe acerca do apoio do parceiro em situações de stresse mais baixo foi o componente físico da qualidade de vida da mãe.

Surgiu uma correlação significativa negativa entre *coping* negativo e o domínio psicológico da qualidade de vida ($r_s = -.295, p < .023$). Isto significa que quanto mais negativa foi percepção da mãe acerca do seu apoio para com parceiro em situações de stresse mais baixa foi a componente psicológica da sua qualidade de vida. Sucedeu uma correlação negativa significativa entre *coping* negativo pelo parceiro e o domínio psicológico da qualidade de vida ($r_s = -.371, p < .004$). Isto significa que quanto mais negativa foi percepção da mãe acerca do apoio do parceiro em situações de stresse durante o menor foi o domínio psicológico da qualidade de vida.

Também existiu uma correlação positiva significativa entre comunicação de stresse pelo parceiro e o domínio relações sociais da qualidade de vida neste período ($r_s = .326, p = .012$). Isto significa que quanto mais positiva foi percepção da mãe acerca de como o parceiro comunica o seu stresse durante a gravidez, mais elevado foi o domínio psicológico da sua qualidade de vida. Ocorreu uma correlação significativa positiva entre *coping* diádico positivo e o domínio relações sociais da qualidade de vida ($r_s = .447, p < .000$). Por outro lado, existiu uma correlação significativa entre *coping* diádico negativo e este domínio da qualidade de vida ($r_s = -.266, p = .042$). Assim, durante a gravidez, quanto mais positiva e menos negativa foi a percepção da mãe acerca do seu apoio para com parceiro em situações de stresse maior foi o domínio das relações sociais da qualidade de vida. Também existem correlações significativas entre *coping* diádico positivo pelo parceiro e o domínio relações sociais ($r_s = .316, p = .015$). Por outro lado, ocorreu uma correlação negativa entre *coping* diádico negativo pelo parceiro em T1 e o domínio ($r_s = .410, p = .001$). Isto indica que quanto positiva

e menos negativa foi percepção da mãe acerca do apoio do parceiro em situações de stresse durante o período mais elevado foi o domínio das relações sociais da qualidade de vida. Existiram ainda correlações significativas entre *coping* diádico conjunto e o domínio relações sociais da qualidade de vida ($r_s = .310$, $p = .017$), assim como também entre a avaliação de *coping* diádico conjunto e este domínio ($r_s = .455$, $p = .000$). Assim, quanto mais positiva foi a percepção da mãe acerca da forma como o casal lida com o stresse e da sua satisfação para com o mesmo mais elevado foi o domínio das relações sociais da qualidade de vida

Neste período ocorreu uma correlação significativa entre *coping* diádico negativo e o domínio ambiente da qualidade de vida ($r_s = -.282$, $p = .030$), em que quanto mais negativa foi a percepção da mãe acerca do seu apoio para com o parceiro em situações de stresse menor foi o domínio ambiente da qualidade de vida. Também ocorreu uma correlação significativa entre *coping* diádico negativo pelo parceiro e o domínio ambiente da qualidade de vida ($r_s = -.381$, $p = .003$), em que quanto mais negativa foi percepção da mãe acerca do apoio do parceiro em situações de stresse menor foi o domínio ambiente da qualidade de vida. Ocorreu ainda uma correlação significativa entre avaliação de *coping* diádico conjunto e o domínio ambiente da qualidade de vida ($r_s = .283$, $p = .030$), sendo que quanto mais elevada foi a satisfação da mãe para com a forma como o casal lida com situações de stresse, maior foi o domínio das relações sociais da qualidade de vida.

7.1.1.3.3. Transição para a parentalidade.

Ansiedade

Durante a transição da parentalidade também analisámos a existência de associações entre as dimensões do *coping* diádico e a ansiedade das mães. Na tabela 19 podemos verificar os resultados significativos.

Tabela 19

Correlações significativas entre ansiedade e o coping diádico na transição para a parentalidade

Variáveis		Teste de Spearman	
		r	p
CD Negativo pelo parceiro T0	Ansiedade T1	.315	.015*

Notas. Esta tabela indica os valores de significância encontrados para o teste de Spearman. CD – Coping diádico
* $p < .05$

Existiu uma correlação positiva entre *coping* diádico negativo pelo parceiro em T0 e ansiedade em T1 ($r_s = .315$, $p = .15$). Assim, quanto mais negativa foi a percepção da mãe acerca

do apoio do parceiro em situações de stresse maiores durante a gravidez foram os seus níveis de ansiedade no período pós-parto.

Depressão

De seguida procurámos analisar as correlações entre *coping* diádico e a depressão nesta fase. Na tabela 20 podemos verificar quais as variáveis que apresentaram resultados significativos.

Tabela 20

Correlações significativas entre depressão e o coping diádico na transição para a parentalidade

Variáveis		Teste de Spearman	
		r	p
CD conjunto T0	Depressão T1	-.258	.049*

Notas. Esta tabela indica os valores de significância encontrados para o teste de correlação de *Spearman*. CD – *Coping* diádico * $p < .05$

Ocorreu uma correlação significativa negativa entre *coping* diádico conjunto em T0 e depressão em T1 ($r_s = -.258$, $p < .049$). Isto significa que quanto mais positiva foi a perceção da mãe acerca de como o casal lida com situações de stresse durante a gravidez menores foram os seus níveis de depressão no período pós-parto.

Qualidade de vida

Na tabela 21 apresentamos as variáveis que apresentaram resultados significativos para o domínio qualidade de vida geral.

Tabela 21

Correlações significativas entre qualidade de vida e o coping diádico na transição para a parentalidade

Variáveis		Teste de Spearman	
		r	p
CD Negativo pelo parceiro T0	Qualidade de vida geral T1	-.295	.023*
CD Positivo T0	Domínio físico da qualidade de vida T1	.301	.020*
Comunicação de stresse pelo parceiro T0	Domínio psicológico da qualidade de vida T1	.277	.034*
CD Positivo T0	Domínio psicológico da qualidade de vida T1	.291	.025*
CD Positivo pelo parceiro T0	Domínio psicológico da qualidade de vida T1	.302	.020*
Comunicação de stresse pelo parceiro T0	Domínio relações sociais da qualidade de vida T1	.307	.018*
CD Positivo T0	Domínio relações sociais da qualidade de vida T1	.397	.002**
CD Positivo pelo parceiro T0	Domínio relações sociais da qualidade de vida T1	.341	.008*
CD avaliação <i>coping</i> conjunto T0	Domínio relações sociais da qualidade de vida T1	.408	.001**
CD Positivo T0	Domínio ambiente da qualidade de vida T1	.316	.015*

CD Negativo pelo parceiro T0	Domínio ambiente da qualidade de vida T1	-.278	.033*
CD avaliação <i>coping</i> conjunto T0	Domínio ambiente da qualidade de vida T1	.272	.037*

Notas. Esta tabela indica os valores de significância encontrados para o teste de correlação de *Spearman*. CD – *Coping* diádico * $p < .05$

Existiu também uma correlação significativa entre *coping* diádico negativo pelo parceiro em T0 e qualidade de vida geral em T1 ($r_s = -.295$, $p < .023$). Assim, quanto mais negativa foi a percepção da mãe acerca do apoio do parceiro em situações de stresse durante a gravidez menor foi a qualidade de vida geral durante o período pós-parto.

Existiu uma correlação significativa entre comunicação de stresse pelo parceiro em T0 e o domínio psicológico da qualidade de vida em T1 ($r_s = .277$, $p < .002$). Assim, quanto mais positiva foi percepção da mãe acerca de como o parceiro comunica o seu stresse, mais elevado foi o domínio psicológico da sua qualidade de vida.

Ocorreu uma correlação significativa entre *coping* diádico positivo em T0 e o domínio psicológico da qualidade de vida em T1 ($r_s = .291$, $p < .025$). Isto indica que quanto mais positiva foi percepção da mãe acerca do seu apoio para com parceiro em situações de stresse durante a gravidez mais elevado foi o domínio psicológico da qualidade de vida da mãe no período pós-parto.

Evidenciou-se uma correlação significativa entre *coping* diádico positivo pelo parceiro em T0 e o domínio psicológico da qualidade de vida em T1 ($r_s = .302$, $p = .020$). Desta forma, quanto mais positiva foi percepção da mãe acerca do apoio do parceiro em situações de stresse durante a gravidez mais elevado foi o domínio psicológico da sua qualidade de vida durante o período pós-parto.

Existiu uma correlação positiva significativa entre comunicação de stresse pelo parceiro em T0 e o domínio relações sociais da qualidade de vida em T1 ($r_s = .307$, $p = .018$). Isto significa que quanto mais positiva foi percepção da mãe acerca de como o parceiro comunica o seu stresse durante a gravidez, mais elevado foi o domínio psicológico da sua qualidade de vida no período pós-parto.

Surgiu uma correlação significativa entre *coping* diádico positivo em T0 e o domínio relações sociais da qualidade de vida em T1 ($r_s = .397$, $p = .002$). Assim, quanto mais positiva foi percepção da mãe acerca do seu apoio para com parceiro em situações de stresse durante a gravidez mais elevada foi o componente das relações sociais da sua qualidade de vida no período pós-parto.

Por outro lado, existiu uma correlação significativa positiva entre *coping* diádico positivo pelo parceiro em T0 e o domínio relações sociais da qualidade de vida em T1 ($r_s = .341$, $p = .008$). Isto significa que quanto mais positiva foi percepção da mãe acerca do apoio do parceiro em situações de stresse durante a gravidez maior foi o domínio das relações sociais da qualidade de vida no mesmo período quer durante o período pós-parto.

Existiu ainda outra correlação positiva significativa, entre a avaliação de *coping* conjunto em T0 e o domínio das relações sociais da qualidade de vida em T1 ($r_s = .408$, $p = .001$). Isto indica que quanto maior foi a satisfação da mãe acerca da forma como o casal lida com o stresse durante a gravidez maior foi este domínio da qualidade de vida no período pós-parto.

Ocorreu uma correlação significativa negativa entre *coping* diádico positivo em T0 e o domínio físico da qualidade de vida em T1 ($r_s = -.301$, $p < .020$). Portanto, quanto mais positiva foi percepção da mãe acerca do seu apoio para com parceiro em situações de stresse durante a gravidez mais elevado foi o domínio físico da qualidade de vida da mãe no período pós-parto.

Existem correlações significativas entre *coping* diádico positivo em T0 e o domínio ambiente da qualidade de vida em T1 ($r_s = .316$, $p = .015$). Isto significa que quanto mais positiva foi percepção da mãe acerca do seu apoio para com parceiro em situações de stresse durante a gravidez mais elevado foi o componente ambiente da qualidade de vida da mãe no período pós-parto.

Existiu uma correlação significativa entre *coping* diádico negativo pelo parceiro em T0 e o domínio ambiente da qualidade de vida em T1 ($r_s = -.278$, $p = .033$). Isto indica que quanto mais negativa foi percepção da mãe acerca do apoio do parceiro em situações de stresse durante o período da gravidez menor foi o domínio ambiente da qualidade de vida no período pós-parto.

Existem correlações significativas entre avaliação de *coping* diádico conjunto em T0 e o domínio ambiente da qualidade de vida em T1 ($r_s = .272$, $p = .037$). Desta forma, quanto mais elevada foi a satisfação da mãe para com a forma como o casal lida com situações de stresse durante a gravidez, maior foi o domínio das relações sociais da qualidade de vida durante o período pós-parto.

Cesariana por emergência

Para que podessemos verificar se *coping* diádico se relacionava com a variável cesariana por emergência aplicámos o teste de Mann-Whitney U, uma vez que esta é uma variável nominal.

Como podemos verificar pela tabela 22, não encontrámos resultados estatisticamente relevantes, o que indica que o *coping* diádico não se correlacionou com a cesariana por emergência.

Tabela 22

Correlações entre ser cesariana por emergência e o *coping* diádico

Variáveis		p	U
Comunicação de stresse pelo próprio T0	Cesariana por emergência	.680	-.413
Comunicação de stresse pelo parceiro T0	Cesariana por emergência	.589	-.540
CD Positivo T0	Cesariana por emergência	.406	-.831
CD Positivo pelo parceiro T0	Cesariana por emergência	.512	-.655
CD Negativo T0	Cesariana por emergência	.319	-.996
CD Negativo pelo parceiro T0	Cesariana por emergência	.929	-.089
CD conjunto T0	Cesariana por emergência	.631	-.480
CD avaliação <i>coping</i> conjunto T0	Cesariana por emergência	.741	-.330

Notas. Esta tabela indica os valores de significância encontrados. CD – *Coping* diádico

Peso do bebé

Procurámos ainda verificar se o peso do bebé se correlaciona com as diferentes dimensões do *coping* diádico. Uma vez que esta variável se encontra dentro da normalidade, esta foi comparada com as diferentes dimensões de *coping* diádico, para se verificar quando ambas cumpriam os pressupostos para os testes não paramétricos. Assim, quando estes testes não foram cumpridos foi aplicado o teste de Pearson. Quando estes pressupostos estiveram cumpridos foi aplicado o teste de correlação de *Spearman*.

Como podemos verificar pela tabela 23 não encontrámos resultados significativos estatisticamente significativos, o que indica que o *coping* diádico não se correlacionou significativamente com o peso do bebé.

Tabela 23

Correlações significativas entre o peso do bebé e o *coping* diádico da mãe

Variáveis		Teste aplicado	r	p
Comunicação de stresse pelo próprio T0	Peso do bebé	Spearman	-.178	.177
Comunicação de stresse pelo parceiro T0	Peso do bebé	Pearson	.020	.880
CD Positivo T0	Peso do bebé	Spearman	-.118	.374
CD Positivo pelo parceiro T0	Peso do bebé	Pearson	.011	.937
CD Negativo T0	Peso do bebé	Spearman	.222	.092

CD Negativo pelo parceiro T0	Peso do bebé	Spearman	.191	.147
CD conjunto T0	Peso do bebé	Spearman	.086	.519
CD avaliação <i>coping</i> conjunto T0	Peso do bebé	Spearman	-.048	.717

Notas. Esta tabela indica os valores de significância encontrados. CD – *Coping* diádico

7.1.2. Resultados qualitativos – receios, emoções negativas, relações, saúde, bem-estar e experiência de maternidade.

Como referimos anteriormente, durante a análise dos dados emergiram 5 categorias (receios, emoções negativas, social, saúde e bem-estar e experiência de maternidade), que envolvem 108 códigos. Seguidamente expomos as categorias e os respetivos códigos (ou subcategorias) assim como a respetiva quantificação e evidências.

7.1.2.1. Receios.

Esta categoria inclui os receios das mães, quer no período pré-parto quer no pós-parto, assim como a ausência dos mesmos, receios relacionados com o companheiro e qualquer observação relacionada. Na tabela 24 podemos verificar os códigos que se incluem nesta categoria. Seguidamente apresentamos alguns dos receios que se destacaram.

Tabela 24

Receios

Categoria	Subcategoria
Receios	Ansiedade para que bebé nasça
	Receio de complicações na gravidez
	Receio pela saúde do bebé
	Receio pelo parto
	Receio de não ser uma boa mãe
	Receio de não ter tempo de preparar as coisas para o bebé
	Receios relacionados com os cuidados do bebé
	Receio do corpo não voltar a ser o mesmo
	Receios em conciliar a maternidade entre vários filhos
	Receio pelo bem-estar do bebé
	Receios associados a condições financeiras
	Receio que o bebé afete a relação do companheiro
	Receio que o companheiro não seja um bom pai
	Ausência de receios na gravidez
	Poucos receios atribuídos a não ser o primeiro filho
	Receios relacionados com a própria saúde
	Poucos receios atribuídos a não ser o primeiro filho
	Receios relacionados com a saúde do bebé
	Receios relacionados com o bem-estar do bebé
	Receios relacionados com estabilidade económica
	Ausência de receios associada a apoio familiar
	Receios em conciliar a maternidade entre vários filhos

Pensa que terá menos receios quando já não for o primeiro filho
Mais receios durante a gravidez
Mais receios pós-parto
Companheiro com receios
Ultrapassar de receios

Notas. Esta tabela enuncia os tipos de receios indicados pelas mães.

Todas as mães revelaram ter tido algum tipo de receio durante este processo. Durante a gravidez 90% (n=9) das mães revelou ter tido algum tipo de receio, tendo esta percentagem descido para 70% (n=7), no período pós-parto. A este respeito 20% (n=2) das mães que tiveram receios em ambas as fases indicaram que tiveram mais receios durante a gravidez “Não, não, durante a gravidez principalmente. Porque pronto ela estava dentro da minha barriga eu pensava assim Parece que não estamos a ter efetivamente noção, não é? É quando ela está cá fora que uma pessoa mesmo enfim acho que tinha um pouco mais de medo nessa altura. Porque nós queremos desejar, desejamos.”) Por outro lado, uma das mães (10%) indicou ter mais receios no período pós-parto “Principalmente agora, agora é mais com ele. Se ele está a comer bem (...)”.

Trinta por cento (n=3) das mães indicaram ter tido poucos ou nenhuns receios durante este processo por já não ser o primeiro filho (“Não porque já tenho os outros dois ... Pronto, tive mais medo do parto no primeiro. Não sabia para o que vinha, não sabia o que era. Depois já sabia o que era já não tinha medo”). 10% (n=1) das mães que foi mãe pela primeira vez referiu ainda que “Os segundos é mais fácil, mas quando é o primeiro...”

Durante o período pré-parto os principais receios eram relacionados com a saúde do bebé, tendo estado presentes em 40% (n=4) das mães (“Na gravidez o meu principal receio era que ela nascesse com algum problema, foi esse o meu principal receio”).

Duas das mães revelaram ter receio de complicações na gravidez (“De ficar sem a criança, aborto espontâneo... alguma coisa correr mal com a gravidez.”) ou o receio de não ser uma boa mãe (“Será que estou a ser efetivamente boa mãe?”).

Os receios mais frequentes durante o período pós-parto foram os relacionados com a saúde do bebé, sendo que 30% (n=3) das mães assinalou este tipo de medos “Agora tenho medo talvez de no crescimento dela poder aparecer alguma coisa, algum problema, qualquer coisa.” 20% (n=2) receios relacionados com o bem-estar do bebé “(...) estou sempre preocupada se ela espirra, se ela está com calor, se ela está com frio.”

Vinte por cento (n=2) mencionaram ainda os receios do companheiro “Só mais para ao fim é que ele já tinha medo de fazer o que quer que fosse.”

7.1.2.2. Emoções negativas.

Esta categoria inclui as emoções negativas das mães, assim como a ausência das mesmas. Estas dividem-se em pré e pós-parto, sendo que na tabela 25 podemos verificar os códigos que se incluem nesta categoria. Seguidamente apresentamos algumas das emoções que se destacaram.

Tabela 25

Emoções negativas

Categoria		Subcategoria
Emoções Negativas	Pré-Parto	Maior sensibilidade emocional
		Choro Frequente
		Irritabilidade/ Impaciência
		Stresse
		Atribuição de emoções negativas a hormonas
		Instabilidade emocional
	Pós-Parto	Ausência de emoções negativas
		Maior sensibilidade emocional
		Choro Frequente
		Sintomas depressivos
		Irritabilidade/ Impaciência
		Stresse
		Atribuição de emoções negativas a hormonas
		Atribuição de emoções negativas a cansaço/ perturbações no sono
		Ausência de emoções negativas
		Ausência de emoções negativas atribuídas a bebé dormir bem
		Atribuição de emoções negativas a problemas de saúde com o bebé

Notas. Esta tabela enuncia os tipos de emoções negativas indicados pelas mães.

Oitenta por cento (n=8) das mães revelou ter tido algum tipo de emoções negativas decorrentes deste processo, sendo que 60% (n=6) das mães revelou ter tido estas alterações durante a gravidez e 70% (n=7) durante o período pós-parto.

Durante todo o processo 50% (n=5) das revelaram ter tido maior sensibilidade emocional, numa percentagem igual para a gravidez e para o período pós-parto “(...) estamos sensíveis e essas coisas todas, então há dias em que a gente acorda e tudo parece um drama.”

Quarenta por cento (n=4) das mães revelaram ter tido irritabilidade e/ou impaciência durante este processo, a maioria durante o período pós-parto “É assim, nós quando temos um filho tanto em grávidas como em pós-parto nós ficamos irritadas (...). Qualquer coisinha nos vai irritar. Todas as mulheres, ou qualquer homem e qualquer mulher vai-lhe dizer: depois de terem um filho nós ficamos mais irritadas. À mínima coisa *puff*, explodimos. (...) Mais uma vez volto a frisar. Ando mais irritada. Estou sempre a irritar-me e as coisas não correm bem.”

Trinta por cento (n=3) das mães revelou ter tido stresse ao longo desta experiência “Andava sempre em constante stresse”.

Vinte por cento (n=2) das mães pensam que as hormonas poderão ter provocado estas alterações emocionais durante a gravidez “Ah. Chorei, algumas vezes, com medo ou só porque sim hormonalmente”. 30% (n=3) das mães atribuíram emoções negativas do período pós-parto a sono e/ou cansaço “É mais o cansaço. Falta de dormir. Eu se não durmo como deve de ser fico irritada.”

7.1.2.3. Social.

Esta categoria inclui as experiências sociais das mães, incluindo a relação com o companheiro, com a família, com os pares e com o bebé. Na tabela 26 podemos verificar os códigos que se incluem nesta categoria. Seguidamente apresentamos algumas experiências que se destacaram.

Tabela 26

Social

Categoria		Subcategoria
Social	Relação com o companheiro	Apoio
		Durante a gravidez
		Durante o parto
		Prestação de cuidados do bebé/ divisão de tarefas
		Geral
		Impacto da experiência de paternidade na relação
		Impacto positivo
		Impacto negativo
		Menor tempo para o casal
		Ausência de alterações na relação
		Impacto da relação na experiência de maternidade
		Impacto positivo
		Impacto negativo
		Não sabe
		Relação positiva
		Sente-se incompreendida pelo parceiro
		Necessidade de espaço em relação ao companheiro
		Casal sob stresse
		Alterações a nível sexual
		Companheiro com alguns receios
		Companheiro com alguns receios relacionados com a sexualidade
	Relações Familiares	Alterações positivas
		Apoio teve impacto positivo no seu bem-estar
		Necessidade de espaço pessoal
		Maior agitação família nuclear
		Stresse familiar
		Ausência/ poucas alterações a nível familiar
		Problemas Família do companheiro
		Apoio Família de origem
	Relação com pares	Alterações
		Poucas Alterações
		Ausência de alterações
		Irritação por opiniões alheias
	Relação com o bebé	Elevada preocupação em relação ao bebé
		Bebé calmo facilita a transição para maternidade
		Não quer proteger demasiado o bebé

Notas. Esta tabela enuncia as diferentes experiências sociais indicadas pelas mães.

7.1.2.3.1. Relação com o companheiro.

Oitenta por cento (n=8) das mães falaram acerca da importância do apoio do marido neste processo.

Sessenta por cento (n=6) das mães falaram acerca do apoio na prestação de cuidados do bebé e na divisão de tarefas “Mas depois passou porque o meu marido é cinco estrelas e participa em tudo e dizia <<agora dorme tu que eu faço>>”. Ele não falta a nenhuma consulta dele. Ele agora está de férias é ele que fica em casa com eles. É um paizão, como eu lhe costume chamar.” 40% (n=4) das mães fala do apoio prestado de forma geral “Depois é como lhe digo, eu tenho um marido cinco estrelas e dá-me um apoio tremendo, então foi ótimo, passou.”

No âmbito do casal 80% (n=8) das mães indicaram que a experiência de transição para a parentalidade teve impacto na sua relação. 40% (n=4) das mães indicou que esta teve um impacto positivo “Eu acho que nós ficámos mais próximos do que aquilo que eramos. Durante a gravidez a nossa relação ficou um pouco mais sólida. E depois de o ter então acho que ainda foi melhor, porque acho que nos unimos mais e nos transformámos mesmo só num, somos uma base, um pilar só.” Por outro lado 50% (n=5) das mães indicou que esta experiência teve um impacto negativo na relação “(...) acho que está tudo igual, talvez a minha relação com o meu namorado, porque começamos a viver juntos quando descobrimos que eu estava grávida. Às vezes é complicado.”

Vinte por cento (n=2) das mães indicaram que a experiência proporcionou menor tempo para o casal “Como casal é diferente também porque nós somos um casal com ela, já não há grandes momentos sozinhos... às vezes faz-me um bocadinho de falta, é obvio porque a tal mudança...”

Dez por cento (n=1) das mães indicou que não ter sentido qualquer alteração na relação.

Por outro lado, 70 % (n=7) das mães falaram acerca do impacto da relação na experiência de maternidade. Assim, 40% (n=4) indicou que a relação teve um impacto positivo “Depois é como lhe digo, eu tenho um marido cinco estrelas e dá-me um apoio tremendo, então foi ótimo, passou.” e 40% indicou que teve um impacto negativo “Como é que eu hei-de dizer... Também deitou lenha para a fogueira em certos momentos de medo, chateice ou isto ou aquilo... Daí também essa tal nossa relação um bocadinho complicada.”

Ainda no âmbito da relação conjugal 20% (n=2) referiu que o casal ficou sob stresse “Não conseguir às vezes, entrarmos ali numa fase de stresse, mas que tudo depois passa.” e que esta experiência provocou alterações na sexualidade do casal “(...) por exemplo a nível

sexual, é claro que eu neste momento, principalmente depois de todo o trauma no parto e dos toques e não sei quê. Ainda não estou preparada. (...) Sexualmente sempre tivemos uma vida ativa, também não houve muito problema, pronto até à fase que depois já não dá.”

Vinte por cento (n=2) das mães indica ver a relação de forma positiva “Mas de resto está tudo bem, nós damo-nos bem. (...) A nossa relação é boa.”

7.1.2.3.2. Relações familiares.

Sessenta por cento (n=6) das mães falaram acerca de alterações familiares.

Vinte por cento (n=2) indicou ter necessidade de espaço pessoal quanto a alguns familiares “Ya temos, de aturar mais esses familiares. Se antes podíamos ficar bem sossegadinhos agora temos de os aturar.”.

7.1.2.3.3. Relações com os pares.

Cinquenta por cento (n=5) das mães referiu ter tido poucas ou nenhuma alterações do ponto de vista social “Mas no círculo de amigos eu acho que está igual, ainda não notei nada de especial. Talvez agora esteja um pouco privada (...). Mas não tenho notado assim nada de especial.”

Vinte por cento (n=2) das mães falaram acerca da irritação provocada por opiniões externas “(...) às vezes sentia-me contrariada com qualquer opinião que me dessem ou isto ou aquilo que eu às vezes sou muito dona da minha vida e às vezes chateia-me um bocado que se metam.”

7.1.2.3.4. Relação com o bebé.

Cinquenta por cento (n=5) das mães falaram acerca da sua relação com o bebé.

Trinta por cento (n=3) das mães indicou elevada preocupação com o bebé “Eu vivo 24 sobre 7 para a minha filha (...) . E essa é a grande mudança. Esta preocupação 24 sobre 7.”

Vinte por cento (n=2) das mães indicou que não quer proteger demasiado o bebé “Agora pessoas irem lá a casa, ou nós irmos a casa de outras pessoas não fazemos esse tipo de restrições, até porque eles têm de se habituar um bocadinho a tudo.”

7.1.2.4. Saúde e bem-estar.

Esta categoria inclui todos os factores relacionados com a saúde e bem-estar, incluindo experiências durante a gravidez, parto e pós-parto assim como com a saúde e bem-

estar do bebé e qualquer factor relacionado. Seguidamente apresentamos algumas experiências que se destacaram.

Tabela 27

Saúde e bem-estar

Categoria	Subcategoria
Saúde e bem-estar	Gravidez
	Desconfortos Físicos
	Problemas de saúde
	Problemas com o parto
	Pós-parto
	Cansaço
	Sono
	Problemas de saúde
	Bebé
	Problemas de Saúde gravidez
	Problemas de Saúde Pós-Parto
	Presença de saúde
Ultrapassar de problemas	

Notas. Esta tabela enuncia factores relacionados com a saúde e bém-estar indicados pelas mães.

Noventa por cento (n=9) das mães teve alterações no seu bem-estar físico durante o processo de transição para a parentalidade. 40% (n=4) experienciou estas alterações no período pré parto e 60% (n=6) no período pós-parto.

Durante a gravidez 20% (n=2) das mães indicaram algum tipo de desconfortos físicos “Nesta tive tudo, enjoos, azia, mau dormir, dores.” E 20% (n=2) das mães teve problemas de saúde durante a gravidez “Depois estive dois dias na maternidade porque estava a perder muito sangue.”.

Já durante o período pós-parto 50% (n=5) das mães revelaram falta de sono e/ou cansaço “(...) tinha muito sono (...). Então eu não conseguia combater o sono e andava elétrica.”

Vinte por cento (n=2) das mães mencionaram problemas com a saúde dos bebés durante o período pós-parto “(...) problema de saúde que ele tinha quando nasceu que era arritmia (...). Teve, ele assim que nasceu foi-me tirado dos meus braços para ir para a incubadora.” E 30% (n=3) das mães mencionaram a saúde dos bebés “Mas pronto ele (Isaac) é super saudável.”

7.1.2.5. Experiência de maternidade.

Esta categoria inclui os factores relacionados com a experiência de maternidade, incluindo experiências durante a gravidez, parto e pós-parto, mudanças corporais, área

profissional e qualquer factor relacionado. A tabela 28 inclui os códigos desta categoria. Seguidamente apresentamos algumas das experiências que se destacaram.

Tabela 28

Experiência de maternidade

Categoria			Subcategoria
Experiência de maternidade	Gravidez		Experiência positiva
			Experiencia negativa
	Parto		Experiência positiva
			Experiencia negativa
	Pós-Parto		Experiência positiva
			Experiência negativa
			Dificuldades iniciais
	Mudanças Corporais	Gravidez	Satisfação
			Insatisfação
		Pós-Parto	Satisfação
	Área Profissional		Presença de alterações
			Ausência/ Poucas alterações
			Sentimento de discriminação por experiência maternidade
			Enganos no trabalho atribuídos a esta fase
			Passou para segundo plano
	Cuidados em centros de Saúde/Hospitais		Satisfação
			Necessidade de maior apoio
	Necessidade de espaço pessoal		
	Necessidade de trabalhar/ter ocupações		
	Poucas alterações no geral		
	Ser o segundo filho facilitou		

Notas. Esta tabela enuncia as diferentes experiências de maternidade indicadas pelas mães.

Setenta por cento (n=7) das mulheres entrevistadas consideraram ter tido uma experiência positiva com a gravidez “Foi bom, à medida que a barriga foi crescendo e eu fui sentindo-a a dar pontapés foi muito bom.”. Dez por cento (n=1) das mulheres tiveram uma experiência negativa com a gravidez “O meu pessoalmente foi complicado (...) foi complicado em termos pessoais. Não foi uma fase muito fácil” e 20% (n=2) não falaram sobre isso ao longo da entrevista.

Quanto ao período pós-parto também 70% (n=7) das mães vê este período de forma positiva “E depois dela nascer também tem sido assim uma experiência boa, até agora. Ela ainda é pequenina mas tem sido fixe (...). Mas está a correr bem, está. Até superei as minhas expectativas.” Nenhuma das mães falou acerca do período pós-parto como uma experiência negativa, no entanto 30% (n=3) fala de algumas dificuldades iniciais que foram ultrapassadas “Ao início também foi complicado, acordar durante a noite, o choro e assim. Ainda não estava habituada, mas agora é uma coisa normal, já faz parte da rotina.”

7.1.2.5.1. *Mudanças corporais.*

Durante o momento da entrevista 40% (n=4) das mães falaram acerca das mudanças corporais que ocorrem dentro deste período, 20% (n=2) com satisfação “Porque eu acho que na gravidez, olhe, todo o trapinho nos fica bem, nós sentimo-nos lindas, maravilhosas, radiantes.” e 20%(n=2) com insatisfação “Primeiro é o corpo a mudar. É o medo de um dia mais tarde depois não voltar a ser igual, porque parecendo que não as mulheres dão muita importância ao corpo. Depois achamos que estamos sempre feias ou gordas, diz-se que na gravidez de meninas fica-se com manchinhas. Eu realmente fiquei.”.

7.1.2.5.2. *Área Profissional.*

Todas as mães falaram acerca da área profissional. A maioria (70%, n=7) indicou que na área profissional ocorreram poucas alterações “Não, a única mudança que houve foi que eu deixei de trabalhar uma semana antes de ter o Isaac, eu trabalhei durante toda a gravidez. Agora também já estou a trabalhar.”.

No entanto, 30 % (n=3) das mães falaram de algumas alterações a nível profissional “As mudanças... Em primeiro lugar eu trabalho como *freelancer*, portanto foi uma mudança gigantesca. E tenho em conta que eu trabalho na área dos eventos pior ainda.”, sendo que 30% (n=3) revelou algum sentimento de discriminação nesta área pelo facto de serem mães “Eu por exemplo, acabou o meu contrato já não renovaram mais, há sempre mudanças, eles não querem grávidas.”

7.1.2.5.3. *Cuidados em centros de saúde/hospitais.*

Trinta por cento (n=3) das mulheres entrevistadas falaram acerca dos cuidados em centros de saúde/hospitais, todas com satisfação “Em termos de ajudas de centro de saúde tudo impecável”. No entanto 10% das mães a necessidade de maior apoio “Mas sinceramente eu acho que devia haver um pouco mais de apoio a nível psicológico nestas situações.”.

7.1.2.5.4. *Outras observações.*

Trinta por cento (n=3) das mães revelaram alguma necessidade de espaço pessoal, seja em relação ao companheiro “Acho que não estava habituada a viver com ele a para mais agora que estamos 24 horas sobre 24 horas juntos desde há um mês e meio para cá às vezes torna-se um pouco sufocante, um pouco cansativo, estar sempre ali, estar sempre a vê-lo. Acho que também é preciso saudade (...). A nossa relação é boa só que estar ali tanto tempo com ele também sufoca um pouco (...). Mas estar todos os dias e todas as horas é

complicado.”, em relação a familiares “Ya temos, de aturar mais esses familiares. Se antes podíamos ficar bem sossegadinhos agora temos de os aturar.” ou em relação a tempo para elas próprias “Em que o único tempo em que eu tenho para mim é quando eu estou a tomar um banho, por enquanto...”

Trinta por cento (n=3) das mães indicaram a necessidade de trabalhar ou de terem ocupações “(...) o que me custa mais é o estar em casa sem nada que me ocupe a cabeça. Às vezes não tenho assim nada que me ocupe a cabeça e é muito complicado. (...) eu preciso de ir à rua, ver pessoas, ter um objetivo. Acordar de manhã e ter qualquer coisa para fazer (...)”

Quarenta por cento (n=4) das mães indicaram que no geral tiveram poucas mudanças na sua vida “Muito sinceramente, nada. Tirando certas coisas, uma certa limitação (...). Por isso nada assim mudou, sempre tive esse hábito.”

Vinte por cento (n=2) das mães indicaram que de alguma forma o facto de já não ser o primeiro filho facilitou “O dele foi mais complicado, era o primeiro filho, a gente não sabia bem porque ele estava a chorar. Com esta já mantemos mais a calma, já sabemos, ou são cólicas, ou se não for isso é porque está com calor então é preciso despir”.

|

7.2. Discussão de Resultados

7.2.1. Transição para a parentalidade.

7.2.1.1. *Coping* diádico.

Como verificámos na amostra em estudo com a transição para a parentalidade existiu não só uma diminuição do *coping* diádico positivo pelo parceiro como um aumento do *coping* diádico negativo pelo parceiro, ou seja, as mães passaram a perceber de forma menos positiva e mais negativa o apoio do parceiro em situações de stresse.

Estes resultados parecem surgir em concordância com os dados qualitativos deste estudo, em que a maioria das mães referiu que a experiência de transição para a parentalidade teve impacto na sua relação, tendo metade do grupo referido que este impacto foi negativo, colaborando inclusivamente para a sua irritabilidade. Foi ainda referida a necessidade de espaço pessoal, por um lado, e a falta de tempo para o casal, por outro.

À luz da literatura científica, estes resultados não são surpreendentes. Segundo Levy-Shiff (1994) a transição para a parentalidade é uma fase associada a mudanças na relação conjugal, podendo provocar stresse no casal. Outros estudos referiram também uma diminuição na qualidade e satisfação conjugal (Cowan & Cowan, 2000) e um aumento de conflitos conjugais (Gottman, 1994; Doss, Rhoades, Stanley, & Markman, 2009; Mitnick, Heyman, & Smith-Slep, 2009; Twenge, Campbell, & Fostes, 2003).

7.2.1.2. *Ansiedade*.

Verificámos que não existiram alterações significativas nos níveis de ansiedade durante a transição para a parentalidade.

Na parte qualitativa deste estudo todas as mães revelaram ter tido algum tipo de receio durante este processo. Durante a gravidez 90% (n=9) das mães revelou ter tido algum tipo de receio, tendo esta percentagem sido de 70% (n=7), no período pós-parto.

Não encontramos qualquer estudo que verificasse como é que a ansiedade varia com a transição para a parentalidade. Apesar dos nossos resultados, visto que o tamanho da nossa amostra era relativamente pequeno e os níveis de ansiedade não variam significativamente entre as mães poderia ser interessante explorar melhor esta questão em estudos futuros.

7.2.1.3. *Depressão*.

Verificámos que foram encontrados níveis mais altos de depressão no período pós-parto comparativamente ao período da gravidez.

Na parte qualitativa deste estudo 70% das mães referiu ter sido emoções negativas no na gravidez, nomeadamente sensibilidade emocional, irritabilidade e impaciência, stresse e sintomas depressivos. Estes resultados foram semelhantes com o período pós-parto em que 60% das mães revelaram a presença de emoções negativas.

Como verificado anteriormente a depressão pós-parto é bastante comum (Gavin et al., 2005), tendo Gregoire (1995) indicado que esta é a segunda complicação pós-parto mais comum, sendo apenas precedida do parto por cesariana. Estes resultados parecem reforçar com a pertinência deste estudo. Foram verificadas alterações negativas com a transição na parentalidade, quer a nível da relação do casal, quer a nível de depressão quer a nível da qualidade de vida. Assim, poderá ser importante debruçar-nos sobre esta etapa do desenvolvimento familiar.

7.2.1.4. Qualidade de Vida.

As mães da amostra estudada percecionaram a sua qualidade de vida física como melhor no período pós-parto. Nos resultados qualitativos também foram evidentes as alterações no bem-estar físico no período pré-parto, nomeadamente desconfortos físicos como enjoos, azia, problemas de sono e dores e até problemas de saúde com maior gravidade.

No entanto, na nossa amostra existiu uma percentagem maior de queixas no bem-estar físico no período pós-parto comparativamente ao período pré-parto. Perante estes resultados, realizámos uma análise mais atenta e verificámos que na parte qualitativa do estudo, dos 60%, 50% se deviam a questões de sono/cansaço, o que apenas é contemplado em apenas 2 dos 7 itens que avaliam a qualidade física no HADS, pelo que os resultados poderão relacionar-se com este facto.

Os resultados obtidos na parte quantitativa deste estudo parecem ir ao encontro dos estudos de Emmanuel e Sun (2014) e de Ngai e Ngu (2013), que indicam que a qualidade de vida física das mães no final da gravidez, quando comparada com algumas semanas após o parto é significativamente inferior.

Ainda no âmbito da qualidade de vida as mães percecionaram as suas relações sociais como piores, com a transição para a parentalidade. Ao comparar estes resultados com a parte qualitativa do estudo tivemos em atenção as questões da HADS que contemplavam questões associadas a relações pessoais de forma global, vida sexual e apoio dos pares. Na parte qualitativa, metade das mães referiu poucas alterações com os pares, no entanto, como verificámos, também metade indicou alterações negativas na relação de casal. Foram ainda mencionadas alterações de âmbito familiar, nomeadamente com a família do companheiro e

dada a conhecer irritabilidade pelas opiniões externas relacionadas com os cuidados do bebé, pelo que estes resultados parecem fazer sentido.

Como já verificámos também a literatura indica que a relação do casal pode ter alterações negativas neste período (Cowan & Cowan, 2000; Doss, Rhoades, Stanley, & Markman, 2009; Gottman, 1994; Levy-Shiff, 1994; Mitnick, Heyman, & Smith-Slep, 2009; Twenge, Campbell, & Fostes, 2003). Woolhouse, Gartland, Perlen e Donath (2014) verificaram que a transição para a parentalidade pode afetar negativamente a intimidade e a sexualidade do casal.

De seguida desenvolvemos acerca das correlações encontradas entre o *coping* diádico e outras variáveis em estudo.

7.2.2. *Coping* diádico e ansiedade.

Verificámos que durante a gravidez quanto mais positiva foi a perceção da mãe acerca de como o parceiro comunica o seu stresse, mais baixos foram os seus níveis de ansiedade. Para além disso que quanto mais negativa foi a perceção das mães acerca do apoio do parceiro em situações de stresse maiores foram os seus níveis de ansiedade durante este período.

Relembrando a H1: “Antes do parto, o *coping* diádico tem impacto sobre a ansiedade materna: Formas positivas de *coping* diádico estão associadas a baixos níveis de ansiedade, enquanto formas negativas estão associadas a altos níveis de ansiedade materna.”

Os resultados obtidos parecem apoiar esta hipótese, uma vez que se por um lado durante a gravidez, quanto mais positiva foi a perceção da mãe acerca de como o parceiro comunica o seu stresse, mais baixos foram os seus níveis de ansiedade, por outro quanto mais negativa foi a perceção da mãe acerca do apoio do parceiro em situações de stresse maiores foram os seus níveis de ansiedade.

Que seja do nosso conhecimento, não foi estudada a associação entre *coping* diádico e a gravidez. No entanto existem outros estudos que se debruçaram sobre o impacto da relação do casal nesta etapa. Biaggi et al. (2016) verificaram que a falta de suporte social e do parceiro é um dos maiores fatores de risco para a ansiedade na gravidez. Os estudos de Bayrampour et al. (2015) indicam que a baixa satisfação conjugal é um dos maiores fatores de risco para o desenvolvimento de ansiedade e também Clout e Brown (2016) verificaram que a insatisfação conjugal previu altos níveis de ansiedade durante a gravidez. Existem ainda outros estudos que indicam que uma relação problemática, pobre ou conflituosa pode atuar

como fator de risco de desenvolvimento de ansiedade durante a gravidez (Giardinelli et al., 2012; Martini et al., 2015; Nasreen et al., 2011). Por outro lado, o suporte percebido e a satisfação conjugal parecem funcionar como fatores protetores contra a ansiedade e depressão maternas (Lee et al., 2007). Fora do contexto da gravidez, Regan et al. (2014) verificaram que no caso de pacientes de cancro a sua percepção das estratégias *coping* diádico dos seus companheiros pareceram ter impacto sobre os níveis de ansiedade e depressão, em que percepções negativas de *coping* diádico são associados com altos níveis de ansiedade e depressão.

Verificámos também que quanto mais negativa foi a percepção das mães acerca do apoio prestado pelo parceiro em situações de stresse durante a gravidez maiores foram os seus níveis de ansiedade durante o período pós-parto.

Relembrando a H2: “Depois do parto, o *coping* diádico tem impacto sobre a ansiedade materna. Formas positivas de *coping* diádico estão associadas a baixos níveis de ansiedade, enquanto formas negativas estão associadas a altos níveis de ansiedade materna.”

Os resultados obtidos parecem apoiar parcialmente esta hipótese, uma vez que apesar de que quanto mais negativa foi a percepção da mãe acerca do apoio do parceiro em situações de stresse maiores foram os seus níveis de ansiedade nenhuma forma positiva de *coping* diádico se relacionou com os níveis de ansiedade.

Também no período pós-parto a alta satisfação conjugal foi associada a reduzidos riscos de ansiedade (Pilkington et al., 2015; Seymor et al., 2015), enquanto que Kohn et al. (2012), verificaram que mães muito ansiosas têm menor satisfação com a relação conjugal, percecionam os seus parceiros como oferecendo pouco suporte e tendo bastantes comportamentos negativos. De acordo com diversos estudos o suporte com o parceiro está associado a baixos níveis de ansiedade no período pós-parto (Clavarino et al., 2010; Figueiredo et al., 2008; Whisman et al., 2011). Relembramos o estudo de Peñacoba-Puente et al., (2013), em que, apesar de não terem estudado o *coping* diádico verificaram que existe relação entre formas negativas de *coping* diádico e altos níveis ansiedade. Relembremos ainda os estudos de Regan et al. (2014), Gabriel, Untas, Lavner, Koleck, e Luminet (2016) e Randall, Totenhagen, Walsh, Adams, e Tao (2017), que embora se tenham focado em contextos distintos do período pós parto, verificaram que o *coping* diádico se parece associar com ansiedade e/ou depressão.

Verificámos ainda que quanto mais negativa foi a percepção da mãe acerca do apoio do parceiro em situações de stresse maiores durante a gravidez foram os seus níveis de ansiedade no período pós-parto.

Recordemos a H3: “O *coping* diádico tem impacto sobre a ansiedade materna durante a transição para a parentalidade: Formas positivas de *coping* diádico (pré-parto) estão associadas a baixos níveis de ansiedade (pós-parto) enquanto formas negativas (pré-parto) estão associadas a altos níveis de ansiedade materna (pós-parto).”

Os dados obtidos parecem confirmar parcialmente esta hipótese, uma vez que embora se tenha observado que quanto mais negativa foi a percepção da mãe acerca do apoio do parceiro em situações de stresse durante a gravidez maiores foram os seus níveis de ansiedade no período pós-parto, não foram observadas relações entre formas positivas de *coping* diádico durante a gravidez e a ansiedade no período pós-parto.

Embora na parte qualitativa do estudo não tenha sido falado acerca de qualquer associação direta entre a relação do casal e a ansiedade, a maioria das mães falou acerca da importância do apoio do marido teve neste processo, quer a nível global, quer na prestação de cuidados do bebé e divisão de tarefas ou até mesmo durante a gravidez e o parto.

Por outro lado, 70 % das mães falaram acerca do impacto da relação na experiência de maternidade, quer de forma positiva, por exemplo no auxílio de ultrapassar dificuldades, quer de forma negativa, como contribuindo para alguma irritabilidade ou fases de maiores receios.

Estes dados tornam-se especialmente pertinentes quando contextualizados com a parte qualitativa do estudo. Todas as mães tiveram receios durante este processo, sendo que durante a gravidez estes estiveram presentes em 90% delas e durante o período pós-parto em 70%, sendo estes principalmente relacionados com a saúde e o bem-estar do bebé e com as competências próprias enquanto mães.

Assim, se por um lado estes resultados indicam que a percepção de *coping* diádico e a ansiedade se relacionam, quer durante a gravidez, quer durante o período pós-parto, por outro este parece ser um tema que está muito presente durante esta etapa.

Seguidamente são discutidos os resultados obtidos entre o *coping* diádico e a depressão.

7.2.3. *Coping* diádico e depressão.

Nos resultados da nossa investigação verificámos que quanto mais positiva, menos negativa foi a percepção das mães acerca do apoio prestado pelo parceiro em situações de stresse e mais positiva a percepção da mãe acerca de como o casal lida com situações de stresse menores foram os níveis de depressão na gravidez.

Relembremos a H4: “Antes do parto, o *coping* diádico tem influência sobre a depressão materna: Formas positivas de *coping* diádico estão associadas a baixos níveis de depressão, enquanto formas negativas estão associadas a altos níveis de depressão materna.”

Os resultados obtidos parecem apoiar esta hipótese uma vez que se por um lado quanto mais positiva foi a percepção da mãe acerca do apoio do parceiro em situações de stresse e acerca de como o casal lida com situações de stresse menores foram os seus níveis de depressão, por outro quanto mais negativa foi a percepção da mãe acerca do apoio do parceiro em situações de stresse maiores foram os seus níveis de depressão.

Embora o *coping* diádico não tenha sido diretamente associado a estados de depressão durante a gravidez, a relação conjugal e o suporte social têm sido associados a estados de depressão. Diversos autores distinguem a falta de suporte social e do parceiro como dos maiores fatores de risco para depressão na gravidez (Bayrampour et al., 2015; Biaggi et al., 2016; Martini et al., 2015; Nasreen et al., 2011; Westdahl et al., 2007). Da mesma forma, o suporte percebido e a satisfação conjugal atuam como fatores protetores contra ansiedade e depressão maternas (Lee et al., 2007; Marchesi et al., 2009; Martini et al., 2015; Nasreen et al., 2011; Zeng et al., 2015). Por sua vez, Fincham, Beach, Harold, e Osborne (1997), encontraram casualidade de satisfação conjugal para depressão. De acordo com Miller et al. (2013), em circunstâncias gerais, um indivíduo insatisfeito com o seu casamento tem tendência para estar deprimido. Fora do contexto da transição para a parentalidade, Regan et al. (2014) e Gabriel, Untas, Lavner, Koleck, e Luminet (2016) verificaram que o *coping* diádico se parece associar com ansiedade e depressão.

Verificámos que quanto mais positiva foi a percepção da mãe acerca de como o casal lida com situações de stresse e quanto mais positiva e acerca do apoio prestado pelo parceiro em situações de stresse menores foram os níveis de depressão no período pós-parto.

Relembrando H5: “Após o parto, o *coping* diádico tem influência sobre a depressão materna. Formas positivas de *coping* diádico estão associadas a baixos níveis de depressão, enquanto formas negativas estão associadas a altos níveis de depressão materna.”

Os resultados obtidos aparentam apoiar parcialmente a hipótese, uma vez que apesar se ser sido verificado que quanto mais positiva foi a percepção da mãe acerca do apoio do parceiro em situações de stresse e da forma acerca de como o casal lida com o mesmo, menores foram os seus níveis de depressão não existiram relações significativas entre *coping* diádico e a depressão materna.

Também no período pós-parto o baixo suporte social e a baixa satisfação conjugal são indicados como riscos para o desenvolvimento de depressão pós-parto (Munaf &

Siddiqui, 2013; O'hara & Swain, 1996; Webster et al., 2011). Clout e Brown (2016) verificaram que a expressão de afeto e a satisfação diádica durante a gravidez previram significativamente altos níveis de depressão no período pós-parto. Recordemos ainda Fincham, Beach, Harold, e Osborne (1997), que encontraram relações de causalidade entre determinadas facetas da relação e a depressão e o estudo de Miller et al. (2013), em que se verificou que de forma geral, um indivíduo insatisfeito com o seu casamento tem tendência para estar deprimido. Relembremos ainda Regan et al. (2014) e Gabriel, Untas, Lavner, Koleck, e Luminet (2016) que embora se tenham focado em contextos distintos da transição para a parentalidade, verificaram que o *coping* diádico se parece associar com ansiedade e depressão.

Observámos ainda que quanto mais positiva foi a perceção da mãe acerca de como o casal lida com situações de stresse durante a gravidez menores foram os seus níveis de depressão no período pós-parto.

Tendo em consideração a H6: “O *coping* diádico tem influência sobre depressão materna durante a transição para a parentalidade: Formas positivas de *coping* diádico (pré-parto) estão associadas a baixos níveis de depressão (pós-parto), enquanto formas negativas (pré-parto) estão associadas a altos níveis de depressão materna (pós-parto).”

Os resultados obtidos parecem também apoiar parcialmente a hipótese, uma vez que apesar de que termos verificado quem quanto mais positiva foi a perceção da mãe acerca de como o casal lida com situações de stresse durante a gravidez menores foram os seus níveis de depressão no período pós-parto, não foi encontrada relação entre formas negativas de *coping* diádico durante a gravidez e a depressão materna no período pós-parto.

Na parte qualitativa do estudo 70 % das mães falou acerca do impacto da relação na experiência de maternidade, quer de forma positiva, por exemplo no auxílio de ultrapassar dificuldades, quer de forma negativa, como contribuindo para irritabilidade e outras emoções negativas.

Por outro lado, 80% das mães falaram acerca da importância do apoio do marido teve neste processo, quer a nível global, quer na prestação de cuidados do bebé e divisão de tarefas ou até mesmo durante a gravidez e o parto.

Estes dados tornam-se especialmente pertinentes quando contextualizados com a parte qualitativa do estudo. Oitenta por cento das mães tiveram receios durante este processo, sendo que durante a gravidez estes estiveram presentes em 60% e durante o período pós-parto em 70% destas mulheres, como sensibilidade emocional, irritabilidade, impaciência e stresse.

7.2.4. *Coping* diádico e qualidade de vida.

Relativamente à relação da qualidade de vida, durante a gravidez verificámos assim que: não existiram correlações significativas entre as diferentes dimensões do *coping* diádico e a dimensão geral, o domínio físico e o domínio ambiente da qualidade de vida; mais positiva foi percepção da mãe acerca do seu apoio para com parceiro em situações de stresse durante a mais elevados foram os domínios psicológico e das relações sociais da qualidade de vida da mãe; quanto mais negativa foi percepção da mãe acerca do apoio do parceiro em situações de stresse mais baixo foi o componente psicológico da qualidade de vida da mãe.

Recordando a H7: “Antes do parto, o *coping* diádico tem influência sobre a qualidade de vida materna: Formas positivas de *coping* diádico estão associadas alta qualidade de vida, enquanto formas negativas estão associadas a baixa qualidade de vida materna.”

Os resultados parecem assim apoiar esta hipótese, sendo especialmente evidentes para os domínios psicológico e das relações sociais da qualidade de vida da mãe.

Já para a qualidade de vida, durante o período pós-parto: quanto mais negativa foi a percepção da mãe acerca do apoio do parceiro em situações de stresse menor foi a qualidade de vida geral e os domínios físico, psicológico, das relações sociais e ambiente durante o período pós-parto; quanto mais negativa foi percepção da mãe acerca do seu apoio para com parceiro em situações de stresse a gravidez mais baixos foram os domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente da qualidade de vida da mãe; quanto mais positiva foi percepção da mãe acerca de como o parceiro comunica o seu stresse, do seu apoio para com parceiro, do apoio prestado pelo parceiro, da forma como o casal lida com o stresse e da sua satisfação para com o mesmo mais elevado foi o domínio das relações sociais da sua qualidade de vida e que quanto mais elevada foi a satisfação da mãe para com a forma como o casal lida com situações de stresse, maior foi o domínio das relações sociais da qualidade de vida.

Relembremos a H8: “Depois do parto, o *coping* diádico tem influência sobre qualidade de vida materna: Formas positivas de *coping* diádico estão associadas alta qualidade de vida, enquanto formas negativas estão associadas a baixa qualidade de vida materna.”

Assim, os resultados parecem confirmar a hipótese, sendo especialmente evidentes na no apoio prestado de e para com o parceiro e nos domínios psicológico e das relações sociais da qualidade de vida.

Relativamente à da qualidade de vida durante a transição para a parentalidade verificámos assim que: quanto mais negativa foi a percepção da mãe acerca do apoio do

parceiro em situações de stresse durante a gravidez menor foi a qualidade de vida geral e o domínio ambiente da qualidade de vida durante o período pós-parto; quanto mais positiva foi percepção da mãe acerca do seu apoio para com parceiro em situações de stresse durante a gravidez mais elevados foram os domínios físico, psicológico, das relações sociais e do ambiente da qualidade de vida da mãe no período pós-parto; quanto mais positiva foi percepção da mãe acerca de como o parceiro comunica o seu stresse, mais elevado foi o domínio psicológico da sua qualidade de vida; quanto mais positiva foi percepção da mãe acerca do apoio do parceiro em situações de stresse durante a gravidez mais elevados foram os domínios psicológico e das relações sociais da qualidade de vida durante o período pós-parto; quanto maior foi a satisfação da mãe acerca da forma como o casal lida com o stresse durante a gravidez mais elevados foram os domínios ambiente e das relações sociais da qualidade de vida no período pós-parto.

Desta forma e relembrando a H9: “O *coping* diádico tem influência sobre qualidade de vida materna na transição para a parentalidade: Formas positivas de *coping* diádico estão associadas alta qualidade de vida, enquanto formas negativas estão associadas a baixa qualidade de vida materna.”

Os resultados parecem confirmar a hipótese, sendo também particularmente evidentes no apoio prestado de e para com o parceiro e nos domínios psicológico e das relações sociais da qualidade de vida.

Apesar de, que seja do nosso conhecimento, não existir qualquer estudo que relacione *coping* diádico e qualidade de vida existem alguns estudos que parecem ir de encontro aos resultados obtidos. Ngai e Ngu (2013), citando Gao, Chan, e Mao (2009) sugerem que a componente mental do casal está positivamente associada à qualidade de vida do casal durante a transição para a parentalidade. Já Webster et al., (2011) encontraram evidências de que mulheres com baixo suporte social (especialmente do parceiro e da família) têm mais propensão a ter baixa qualidade de vida comparativamente a mulheres com um alto suporte social, sendo que de forma global a insatisfação conjugal tem sido associada a baixa qualidade de vida (Ng, Loy, Gudmunson, & Cheong, 2009; Rohany & Sakdiah, 2010).

Relativamente aos dados qualitativos obtidos não foi falado pelas mães acerca da associação entre a relação do casal e a sua qualidade de vida. No entanto, 80% (n=8) das mães falaram acerca da importância do apoio do companheiro, incluindo o apoio durante a gravidez durante o parto e no período pós-parto, com 60% das mães a destacar a importância do apoio do companheiro na prestação de tarefas, o que teve para elas um impacto positivo. Por outro lado, por outro lado, 70 % destas mulheres falaram acerca do impacto da relação na

experiência de maternidade, seja de forma positiva como de forma negativa, contribuindo inclusivamente para o desenvolvimento de emoções negativas. Assim faz-nos sentido que estas questões possam ter tido impacto na qualidade de vida, uma vez que esta inclui domínios físicos, psicológicos, sociais e ambientais.

7.2.5. *Coping* diádico e o peso do bebé.

Não verificámos correlações significativas entre as diferentes dimensões do *coping* diádico em T0 e o peso do bebé.

Estes resultados impedem a confirmação da H10, de que “O *coping* diádico relaciona-se com o peso do bebé ao nascimento”.

Estes resultados podem estar relacionados com a dimensão da amostra. Por outro lado, a média do peso (3240 gramas) esteve dentro do padrão normal, sendo que apesar de existirem bebés mais leves (o mínimo é 1840 gramas), a maioria está acima dos 2,8 kgs. Um dos critérios de exclusão da amostra foi o não ser gravidez de risco, sendo que se a maioria das gravidezes decorreu sem problemas, pelo que o baixo peso não foi um risco. Assim, o facto de termos tido poucos bebés com baixo peso pode ter condicionado os resultados.

7.2.6. *Coping* diádico e a cesariana por emergência.

Não verificámos correlações significativas entre as diferentes dimensões do *coping* diádico em T0 e o ser ou não cesariana por emergência, não confirmando assim a H11: “O *coping* diádico relaciona-se com o risco de cesariana por emergência.”

O grupo que fez cesariana por emergência é muito pequeno, o que pode ter condicionado os resultados. Para além disso a emergência poderá ter-se relacionado com o momento de parto e não com indicadores prévios ao nascimento, não sendo assim expectável uma associação com o *coping* diádico.

Conclusão

A gravidez e a transição para a maternidade têm um grande impacto sobre a saúde, bem-estar e papéis sociais maternos (Huizink, Mulder, Robles de Medina, Visser, & Buitelaar, 2003). Esta é uma etapa que requer muitos ajustamentos nos domínios fisiológicos, familiares e ocupacionais, o que pode ser uma das causas do stresse, nesta fase (Norbeck & Anderson, 1989; Ritter, Hobfoll, Lavin, Cameron, & Hulsizer, 2000).

É neste contexto que se enquadra este estudo, pretendendo explorar a experiência da mãe no âmbito da gravidez e da transição para a parentalidade, mais concretamente, procurando analisar a influência do *coping* diádico sobre ansiedade, depressão e qualidade de vida maternas durante esse período e como é que outras variáveis relativas ao parto se podem relacionar com o *coping* diádico.

Este foi um estudo de carácter misto. A avaliação quantitativa foi realizada de acordo com medidas psicométricas, aplicadas no último trimestre de gestação e no período pós-parto. Por sua vez, a avaliação qualitativa centrou-se numa entrevista de respostas semi-abertas.

Na parte quantitativa deste estudo verificámos que durante a gravidez o domínio físico da qualidade de vida mães foi significativamente inferior e foram encontrados níveis mais elevados de depressão. Por outro lado, verificámos que as mães percecionaram as suas relações sociais como piores com a transição para a parentalidade e as mães passaram a percecionar de forma menos positiva e mais negativa o apoio do parceiro em situações de stresse.

Na parte qualitativa a grande maioria das mães teve alterações negativas no seu bem-estar físico ao longo deste processo e 80% das mães referiu ter sido emoções negativas ao longo deste processo, nomeadamente sensibilidade emocional, irritabilidade e impaciência, stresse e sintomas depressivos. Nesta parte do estudo todas as mães tiveram receios durante este processo, sendo estes principalmente relacionados com a saúde e o bem-estar do bebé e com as competências próprias enquanto mães. Para além disso 80% das mães referiram que a experiência de transição para a parentalidade teve impacto na sua relação, tendo 50% das mães referido que este impacto foi negativo, corroborando inclusivamente para a sua irritabilidade e tendo sido referida a necessidade de espaço pessoal por um lado e a falta de tempo para casal.

Assim, estes dados parecem refletir o quanto as mulheres suscetíveis a alterações significativas durante esta etapa do ciclo familiar e o quantos estas alterações podem ser negativas para as mães, destacando-se a importância que estes factores podem ter nesta etapa

da vida da mulher. Isto parece salientar necessidade de existirem mais estudos neste sentido e da procura de soluções que possam melhorar estas áreas da vida das mães.

Na amostra em estudo, a ansiedade, a depressão e a qualidade de vida relacionaram-se algumas dimensões do *coping* diádico, em que formas positivas de *coping* diádico se encontram associadas a níveis mais elevados de ansiedade e depressão e a mais baixa qualidade de vida e o inverso ocorreu quando estudadas formas negativas de *coping* diádico.

Na parte qualitativa do estudo 80% das mães destacaram a importância do apoio do marido teve neste processo, quer a nível global, quer na prestação de cuidados do bebé e divisão de tarefas e durante a gravidez e o parto. Por outro lado, 70 % (n=7) das mães falaram acerca do impacto da relação na experiência de maternidade, quer de forma positiva, por exemplo no auxílio de ultrapassar dificuldades, quer de forma negativa, como contribuindo para alguma irritabilidade ou fases de maiores receios.

Assim se por um lado foram verificadas alterações negativas com a transição na parentalidade, quer a nível da relação do casal, quer a nível de depressão quer a nível da qualidade de vida, por outro lado a relação no casal também parece afetar estas facetas da vida nas mães. No entanto, embora já existam diversos estudos que se debrucem sobre estes temas escassos são os estudos acerca do *coping* diádico na transição para a parentalidade.

Durante o decorrer deste estudo deparámo-nos com algumas dificuldades, sobretudo relacionadas com a recolha dos dados. Se por um lado frequentemente as mães faltavam às consultas, o que limitou o número de questionários aplicados, por outros, algumas mães desistiram do estudo, o que reduziu o tamanho da amostra. Para além disso o espaço de aplicação de questionários não foi o mais apropriado, tendo sido maioritariamente realizado em salas de espera, excepto no caso das entrevistas que foram realizadas em salas privadas. No entanto, ainda assim, no caso das entrevistas privadas estas decorreram com interrupções situações pontuais de interrupções, derivadas da escassez de espaços disponíveis o que terá quebrado o ritmo de algumas entrevistas. No entanto todas as mães se mostraram bastante disponíveis e compreensivas para com as condições de recolha dos dados.

Bodenmann (1997) desenvolveu o “The Couples *Coping* Enhancement Training”, o primeiro programa destinado a prevenir o *distress* conjugal, indo para além do treino comunicacional e de resolução de problemas, de forma a enfatizar o *coping* diádico no contexto das competências conjugais.

Dados os resultados encontrados acerca da relação entre *coping* diádico, ansiedade e depressão parece-nos que poderia assim ser interessante o delinear de investigações futuras aprofundar esta questão.

Verificámos que o *coping* diádico se correlaciona com a ansiedade, depressão e qualidade de vida das mães durante a transição para a parentalidade, em que quanto mais positivas e menos negativas são as formas de *coping* do casal mais baixos são os níveis de ansiedade e depressão e mais elevada é a qualidade de vida da mãe.

Estes dados fazem-nos questionar se ao existirem alterações no *coping* diádico durante esta etapa estas iriam ter influência sobre a ansiedade, depressão e qualidade de vida maternas. Assim, poderia ser interessante verificar se, ao aplicar o treino atrás citado este teria um impacto positivo para a mãe. Inclusivamente verificámos que formas de *coping* diádico durante a gravidez têm efeitos no período pós-parto, pelo que este tipo de treino aplicado durante a gravidez poderia ter efeitos não só durante essa fase como no período pós-parto.

Como verificámos ao longo da revisão de literatura e nos resultados deste estudo a mãe encontra-se mais vulnerável a desenvolver níveis mais elevados de ansiedade, depressão e para ter menor qualidade de vida, o que tende a ter consequências severas para a mãe, o bebé, o pai e para o casal. No entanto ainda são escassas as soluções que contrariem efetivamente esta situação.

Assim, e dada a importância da relação do casal, especialmente nesta etapa, poderá ser interessante verificar se o fomentar de formas *coping* diádico mais positivas poderá ser uma ferramenta no sentido de auxiliar as mães nesta fase do ciclo familiar.

Referências Bibliográficas

- Adamczuk, J., Szymona-Palkowska, K., Robak, M., Rykowska-Górnica, K., Steuden, S., & Krackowski, J. (2015). Coping with stress and quality of life in women with stress urinary incontinence. *Menopausal Review*, 14 (3), 178-183. doi: 10.5114/pm.2015.54342.
- Almeida, J., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Vol. 1)*. Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa.
- Alves, G., Nogueira, L., & Varella, T. (2005). Dermatologia e gestação. *Anais Brasileiros de dermatologia*, 80, 179-186. doi: 10.1590/S0365-05962005000200009
- Andersson, I., Nilsson, S., & Adolfsson, A. (2012). How women who have experienced one or more miscarriages manage their feelings and emotions when they become pregnant again – a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26 (2), 262–270. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00927
- Andersson, L., Sundstrom-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K., & Strom, M. (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189, 148-154. doi: 10.1067/mob.2003.336
- Andersson, L., Sundstrom-Poromaa, I., Wulff, M., Astrom, M., & Bixo, M. (2004). Implications of Antenatal Depression and Anxiety for Obstetric Outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 104 (3), 467-476. doi: 10.1097/01.AOG.0000135277.04565.e9
- Andersson, L., Sundstrom-Poromaa, I., Wulff, M., Astrom, M. & Bixo, M. (2006). Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85, 937–944. doi: 10.1080/00016340600697652.
- Andrade, R., Santos, J., Maia, M., & Mello, D. (2015). Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19 (1), 181-186. doi: 10.5935/1414-8145.20150025
- Arizabaleta, A., Buitrago, L., Plata, A., Escudero, M., & Ramirez-Velez, R. (2010). Aerobic exercise during pregnancy improves health-related quality of life: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 56 (4), 253– 258. doi: 10.1016/S1836-9553(10)70008-4
- Armstrong, D. (2004). Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 33, 765-773. doi: 10.1177/0884217504270714.

- Aron, E., & Aron, A. (1996). Love and expansion of the self: the state of the model. *Personal Relationships*, 3, 45-58. doi: 10.1111/j.1475-6811.1996.tb00103.x.
- Arteche, A., Joormann, J., Harvey, A., Craske, M., Gotlib, I., Lehtonen, A., et al. (2011). The effects of postnatal maternal depression and anxiety on the processing of infant faces. *Journal of Affective Disorders* 133, 197–203. doi: 10.1016/j.jad.2011.04.015.
- Associação Americana de Psicologia. (2014). *DSM 5 – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Avendano, M., Berkman, L., Brugiavini, A., & Pasini, G. (2015). The long-run effect of maternity leave benefits on mental health: Evidence from European countries. *Social Science & Medicine*, 132, 45-53. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.02.037.
- Balestrieri, M., Isola, M., Bisoffi, G., Calo, S., Conforti, A., Driul, L., et al. (2012). Determinants of ante-partum depression: a multicenter study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1959–1965. doi: 10.1007/s00127-012-0511-z.
- Bandelow, B., Sojka, F., Broocks, A., Hajak, G., Bleich, S., & Ruther, E. (2006). Panic disorder during pregnancy and postpartum period. *European Psychiatry*, 21, 495-500. doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.11.005.
- Baptista, M., Baptista, A., & Oliveira, M. (1999). Depressão e género: por que as mulheres deprimem mais que os homens? *Temas em Psicologia*, 2 (7), 143-156. doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.11.005
- Barker, E., Jaffee, S., Uher, R., & Maughan, B. (2011). The contribution of prenatal and postnatal maternal anxiety and depression to child maladjustment. *Depression and Anxiety*, 28, 696–702. doi: 10.1002/da.20856.
- Barnett, B. (1986). Anxiety and first-time mothers. *Stress Medicine*, 2, 225–232. doi: 10.1300/J013v44n03_04.
- Barnett, B., & Parker, G. (1986). Possible determinants, correlates and consequences of high levels of anxiety in primiparous mothers. *Psychological Medicine* 16 (1), 177-185. doi: 10.1017/S0033291700002610.
- Bayrampour, H., Ali, E., McNeil, D., Benzies, K., MacQueen, G., & Tough, S. (2016). Pregnancy-related anxiety: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 55, 115-130. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.10.023.
- Bayrampour, H., McDonald, S., & Tough, S. (2015). Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. *Midwifery*, 31 (6), 582-589. doi: 10.1016/j.midw.2015.02.009.

- Baxter, A., Scott, K., Vos, T., & Whiteford, H. (2013). Global prevalence of anxiety disorder: a systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine* 43 (5), 897-910. doi: 10.1017/S003329171200147X.
- Beck, C. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 50 (5), 275–285. doi: 10.1097/00006199-200109000-00004.
- Beck, C. (2002). Postpartum depression: A metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 12 (4), 453-472. doi: 10.1177/104973202129120016.
- Bener, A., Gerber, L., & Sheikh, J. (2012). Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: a major public health problem and global comparison. *International Journal of Women's Health*, 4, 191-200. doi: 10.2147/IJWH.S29380.
- Bennett, H., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T., (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 103, 698–709. doi: 10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f
- Bennett, S., & Indman, P. (2003). *Beyond the blues: A guide to understanding and treating prenatal and postpartum depression*. San Jose: Moodswings Press.
- Bertalanffy, L. (1969). *General System Theory*. New York: George Braziller.
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62-77. doi: 10.1016/j.jad.2015.11.014.
- Bodenmann, G. (1995a). A systemic-transactional conceptualization of stress and coping in couples. *Swiss Journal of Psychology*, 54 (1), 34-49.
- Bodenmann, G. (1995b). Die Erfassung von dyadischem Coping: Der FDCT-2 Fragebogen. *Zeitschrift für Familienforschung*, 7 (5), 119-148.
- Bodenmann, G. (2000). *Stress und Coping bei Paaren*. Göttingen: Hogrefe.
- Bodenmann, G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. In T. Revenson, K. Kayser, & G. Bodenmann (Eds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 33–50). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bodenmann, G., & Cina, A. (2006). Stress and coping among stable-satisfied, stable distressed and separated/divorced Swiss couples: A 5-year prospective longitudinal study. *Journal of Divorce and Remarriage*, 44, 71–89. doi: 10.1300/J087v44n01_04.

- Bodenmann, G., Pihet, S., & Kayser, K. (2006). The relationship between dyadic coping and marital quality: A 2 year longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, 20 (3), 485-493. doi: 10.1037/0893-3200.20.3.485.
- Bodenmann, G., Widmer, K., Charvoz, L., & Brandbury, T. (2004). Differences in individual and dyadic coping in depressed, nondepressed and remitted persons. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 75–85. doi: 10.1023/B:JOBA.0000013655.45146.47
- Bogdan, R., & Niklen, S. (1992). *Qualitative research in education*. Boston: Allyn and Bacon.
- Borders, A., Grobman, W., Amsden, L., & Holl, J. (2007). Chronic stress and low birth weight neonates in a low-income population of women. *Obstetrics and Gynecology*, 109 (2), 331-338. doi: 10.1097/01.AOG.0000250535.97920.b5
- Borysenko, M. (1987). The immune system: An overview. *Annals of Behavioral Medicine*, 9, 3-10. doi: 10.1016/S0140-6736(00)04904-7
- Bossuah, K. (2017). Common Discomforts of Pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*, 32 (1), 10-12.
- Bourdieu, P. (1972). *Outline of a theory of practice*. New York: Cambridge University Press.
- Boyce, P. (2003). Risk factors for postnatal depression: a review and risk factors in Australian populations. *Archives of Women's Mental Health*, 6 (2), 43–50. doi: 10.1007/s00737-003-0005-9.
- Blair, M., Glynn, L., Sandman, C., & Davis, E. (2011). Prenatal maternal anxiety and early childhood temperament. *Stress*, 14 (6), 644–651. doi: 10.3109/10253890.2011.594121.
- Bloch, M., Daly, R., & Rubinow, D. (2003). Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 234–246. doi:10.1016/S0010-440X(03)00034-8
- Brand, S., & Brennan, P. (2009). Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: How are the children. *Obstetrics & Gynecology*, 52 (3), 441-55. doi: 10.1097/GRF.0b013e3181b52930.
- Brenes, G., & Milo, K. (2000). A pregnant woman's fear of her baby. *Psychosomatics*, 41 (6), 531–534. doi: 10.1176/appi.psy.41.6.531
- Brennan, P., & Moos, R. (1990). Life stressors, social resources, and late-life problem drinking. *Psychology and Aging*, 5, 491-501.

- Brennan, P., Pargas, R., Walker, E., Green, P., Newport, D., & Stowe, Z. (2008). Maternal depression and infant cortisol: influences of timing, comorbidity and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49 (10), 1099–1107. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01914.x.
- Brett, M., & Baxendale, S. (2001). Motherhood and memory: A review. *Psychoneuroendocrinology*, 26, 339–362. doi: 10.1016/S0306-4530(01)00003-8.
- Brito, I. (2009). A saúde mental na gravidez e primeira infância. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 600–604.
- Britton, J. (2005). Pre-discharge anxiety among mothers of well newborns: prevalence and correlates. *Acta Paediatrica*, 94 (12), 1771–1776. doi: 10.1080/08035250500192664.
- Britton, J. (2008). Maternal anxiety: course and antecedents during the early postpartum period. *Depression & Anxiety*, 25, 793–800. doi: 10.1002/da.20325
- Britton, J. (2011). Infant temperament and maternal anxiety and depressed mood in the early postpartum period. *Women Health*, 51 (1), 55–71. doi: 10.1080/03630242.2011.540741.
- Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *Lancet*, 363, 1078. Doi: 10.1016/S0140-6736(03)15390-1.
- Brockington, I., Macdonald, E., & Wainscott, G. (2006). Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. *Archives of Women's Mental Health*, 9 (5), 253–263. doi: 10.1007/s00737-006-0134-z.
- Brown, S., & Lumley, J. (1998). Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105 (2), 156–161.
- Brummelte, S., & Galea, L. (2010). Chronic corticosterone during pregnancy and postpartum affects maternal care, cell proliferation and depressive-like behavior in the dam. *Hormones and Behavior*, 58, 769–779. doi: 10.1016/j.yhbeh.2010.07.012.
- Brunner, D., Munch, M., Biedermann, K., Huch, R., Huch, A., & Borbely, A. (1994). Changes in sleep and sleep electroencephalogram during pregnancy. *Sleep*, 17 (7), 576–582.
- Bunevicius, R., Kusminskas, L., Bunevicius, A., Nadisauskiene, R., Jureniene, K., & Pop, V. (2009). Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88, 599–605. doi: 10.1080/00016340902846049.

- Burke, T., & Segrin, C. (2004). Examining diet-and exercise-related communication in romantic relationships: associations with health behaviors. *Health Communication*, 29, 877-887. doi: 10.1080/10410236.2013.811625.
- Buss, C., Davis, E., Hobel, C., & Sandman, C. (2011). Maternal pregnancy - specific anxiety is associated with child executive function at 6–9 years age. *Stress*, 14 (6), 665–676. doi: 10.3109/10253890.2011.623250.
- Buss, C., Davis, E., Muftuler, L., Head, & Sandman, C. (2010). High pregnancy anxiety during mid-gestation is associated with decreased gray matter density in 6-9 year-old children. *Psychoneuroendocrinology*, 35, 141-153. doi: 10.1016/j.psyneuen.2009.07.010.
- Butler, E., & Randall, A. (2013). Emotional co-regulation in close relationships. *Emotion Review*, 5, 202-210. doi: 10.1177/1754073912451630
- Cabral, F., & Oliveira, D. (2010). Vulnerabilidade de puérperas na visão de Equipes de Saúde da Família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44 (2), 368-75. doi: 10.1590/S0080-62342010000200018.
- Calou, C., Pinheiro, A., Castro, R., Oliveira, M., Aquino, P., & Antezana, F. (2014). Health related quality of life of pregnant women and associated factors: an integrative review. *Health*, 6 (18), 1-12. doi: 10.4236/health.2014.618273.
- Camacho, R., Cantinelli, F., Ribeiro, C., Cantilino, A., Gonsales, B., Braguittoni, E., et al. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2 (33), 92-102. doi: 10.1590/S0101-60832006000200009.
- Canavarro, M., Serra, A., Pereira, M., Simões, M., Quintais, L., Quartilho, et al. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica* 27 (1), 15-23.
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4 (1), 92-100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6.
- Carver, C. (2007). Stress, coping, and health. In H. Friedman, & R. Silver (Eds.), *Foundations of health psychology* (pp. 117-144). New York, NY: Oxford University Press. doi: 10.1093/oxfordhb/9780195342819.013.0008.

- Chaudron, L. (2003). *Postpartum Depression: What Pediatricians Need to Know. Pediatrics in Review*, 24 (5), 154-161.
- Charles, N., Yount, S., & Morgan, A. (2016). Comfort over pain in pregnancy. *Pain management nursing*, 17 (3), 197-203. doi: 10.1016/j.pmn.2013.03.003.
- Chatterji, P., & Markowitz, S. (2012). Family leave after childbirth and the health of new mothers. *Journal of Mental Health Policy Economics*, 15, 61–76.
- Chatterji, P., & Markowitz, S. (2005). Does the length of maternity leave affect maternal health? *Southern Economic Journal*, 72, 16–41. doi: 10.3386/w10206
- Chatterji, P., Markowitz, S., & Brooks-Gunn, J. (2013). Effects of early maternal employment on maternal health and well-being. *Journal of Population Economics*, 26 (1), 285–301. Doi: 10.1007/s00148-012-0437-5.
- Cheng, Y., & Li, Q. (2008). Integrative review of research on general health status and prevalence of common physical health conditions of women after childbirth. *Women's Health Issues*, 18 (4), 267–280. doi: 10.1016/j.whi.2008.02.004.
- Chung, T., Lau, T., Yip, A., Chiu, H. & Lee, D. (2001). Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosomatic Medicine*, 68 (5), 830-834.
- Clark, A., Skouteris, H., Wertheim, H., Paxton, J., & Milgrom, J. (2009). The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: a prospective study. *Journal of Health Psychology*, 14, 27–35. doi: 10.1177/1359105308097940.T.
- Clavarino, A., Mamum, A., O'Callaghan, M., Aird, R., O'Callaghan, F., Alati, R., et al. (2010). Maternal anxiety and attention problems in children at 5 and 14 years. *Journal of Affective Disorders*, 13 (6), 658-667. doi: 10.1177/1087054709347203.
- Clout, D., & Brown, R. (2015). Sociodemographic, pregnancy, obstetric, and postnatal predictors of postpartum stress, anxiety and depression in new mothers. *Journal of Affective Disorders*, 188, 60-67. doi: 10.1016/j.jad.2015.08.054.
- Clout, D., & Brown, R. (2016). Marital Relationship and Attachment Predictors of Postpartum Stress, Anxiety, and Depression Symptoms. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 35 (4), 322-341. doi: 10.1521/jscp.2016.35.4.322.
- Cohen, F., & Lazarus, R. (1979). Coping with the stress of illness. In G. Stone, F. Cohen, & N. Adler (Eds.), *Health psychology – a handbook: Theories, applications, and challenges of a psychological approach to the health care system* (pp. 217 - 254). San Francisco: Jossey-Bass.

- Corbocioglu, A., Bakir, V., Akbayir, O., Goksedef, B. & Akca, A. (2012) The Role of Pregnancy Awareness on Female Sexual Function in Early Gestation. *Journal of Sexual Medicine*, 9, 1897-1903. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02740.x
- Coutinho, C. (2011). *Metodologia de Investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. Coimbra: Edições Almedina.
- Cowan, C., & Cowan, P. (2000). *When partners become parents: The big life change for couples*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coyne, J., & Smith, D. (1991). Couples coping with a myocardial infarction: A contextual perspective on wives' distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (3), 404-412. doi: 10.1037/0022-3514.61.3.404
- Cox, M., & Paley, B. (2003). Understanding Families as Systems. *Current Directions in Psychological Science*, 12 (5), 193-196. doi: 10.1146/annurev.psych.48.1.243
- Creswell, J., & Clark, V. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks: Sage.
- Cutrona, C. (1996). *Social support in couples: marriage as a resource in times of stress*. Washington: Sage Publications.
- Cuttler, C., Graf, P., Pawluski, J. L., & Galea, L. A. M. (2011). Everyday Life Memory Deficits in Pregnant Women. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 65 (1), 27-37. doi: 10.1037/a0022844.
- Dagher, R., McGovern, P., Alexander, B., Dowd, B., Ukestad, L., & McCaffrey, D. (2009). The Psychosocial Work Environment and Maternal Postpartum Depression. *The International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 339-346. doi: 10.1007/s12529-008-9014-4.
- Dagher, K., McGovern, M., & Dowd, E. (2014). Maternity leave duration and postpartum mental and physical health: implications for leave policies. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 39 (2), 369-416. doi: 10.1215/03616878-2416247.
- Darcy, J., Grzywacz, J., Stephens, R., Leng, I., Clinch, C., & Arcury, T. (2011). Maternal depressive symptomatology: 16-month follow-up of infant and maternal health-related quality of life. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 24, 249-257. doi: 10.3122/jabfm.2011.03.100201.
- Davis, E., Glynn, L., Schetter, C., Hobel, C., Chicx-Demet, A., & Sandman, C. (2007). Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 46 (6), 737-746. doi: 10.1097/chi.0b013e318047b775.

- Davis, E., & Sandman, C. (2012). Prenatal psychobiological predictors of anxiety risk in preadolescent children. *Psychoneuroendocrinology*, 37 (8), 1224-1233. doi: 10.1016/j.psyneuen. 2011.12.016.
- Davis, E., Glynn, L., Schetter, C., Hobel, C., Chicz-Demet, A., & Sandman, C. (2007). Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46 (6), 737–746. doi: 10.1097/chi.0b013e318047b775.
- Dayan, J., Creveuil, C., Marks, M., Conroy, S., Herlicoviez, M., Dreyfus, M., & Tordjman, S. (2006). Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosomatic Medicine*, 68 (6), 938–946. doi:10.1097/01.psy.0000244025.20549.bd.
- Dean, P., & Range, L. (1999). Testing the escape theory of suicide in college students: testing a model that includes perfectionism. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 181-186. doi: 10.1111/j.1943-278X.1996.tb00829.x
- Dennis, C., Coghlan, M., & Vigod, S. (2013). Can we identify mothers at-risk for postpartum anxiety in the immediate postpartum period using the State-Trait Anxiety Inventory? *Journal of Affective Disorders*, 150, 1217-1220. doi: 10.1016/j.jad.2013.05.049.
- Dennis, C. & Hodnett, E. (2009). Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007 (4), 1-49. doi: 10.1002/14651858.CD006116.pub2
- Dibaba, Y., Fantahun, M., Hindin, M. (2013). The association of unwanted pregnancy and social support with depressive symptoms in pregnancy: evidence from rural Southwestern Ethiopia. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 13, 135. doi: 10.1186/1471-2393-13-135.
- Doss, B., Rhoades, G., Stanley, S., & Markman, H. (2009). The effect of the transition to parenthood on relationship quality: an 8-year prospective study. *Journal of personality and social psychology*, 96 (3), 601-619. doi: 10.1037/a0013969.
- Earle, S. (2003). Bumps and boobs: Fatness and women's experiences of pregnancy. *Women's Studies International Forum*, 26 (3), 245–252. doi: 10.1016/S0277-5395(03)00054-2
- Eberhard-Gran, M., Garthus-Niegel, S., Garthus-Niegel, K., & Eskild, A. (2010). Postnatal care: a cross-cultural and historical perspective. *Women's Mental Health*, 13 (6), 459–466. doi: 10.1007/s00737-010- 0175-1.

- Edwards, B., Galletly, C., Semmler-Booth, T., & Dekker, G. (2008). Antenatal psychosocial risk factors and depression among women living in socioeconomically disadvantaged suburbs in Adelaide, South Australia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 45–50. doi: 10.1080/00048670701732673.
- Edwards, J. (2008). To prosper, organizational psychology should overcome methodological barriers to progress. *Journal of Organizational Behavior*, 29, 469–491. doi: 10.1002/job.529.
- Elden, H., Lundgren, I., & Robertson, E. (2013). Life's pregnant pause of pain: Pregnant women's experiences of pelvic girdle pain related to daily life: A Swedish interview study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4 (1), 29-34. doi: 10.1016/j.srhc.2012.11.003.
- Emmanuel, E. & Sun, J. (2014). Health related quality of life across the perinatal period among Australian women. *Journal of Clinical Nursing*, 23 (11/12), 1611-1619. doi: 10.1111/jocn.12265.
- Engle, P., Scrimshaw, S., Zambrana, R., & Schetter, C. (1990). Prenatal and postnatal anxiety in Mexican women giving birth in Los Angeles. *Health Psychology* 9 (3), 285-299.
- Engqvist, I., Ahlin, A., Ferszt, G., & Nilsson, K. (2011). Comprehensive treatment of women with postpartum psychosis across health care systems from Swedish psychiatrists' perspectives. *The Qualitative Report*, 16 (1), 66-83.
- Ertel, K., Rich-Edwards, J., & Koenen, K. (2011). Maternal depression in the United States: nationally representative rates and risks. *Journal of women's health*, 20, 1609–1617. doi: 10.1089/jwh. 2010.2657.
- Faisal-Cury, A., & Menezes, P. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Women's Mental Health*, 10, 25-32. doi: 10.1007/s00737-006-0164-6.
- Fahy, D., & Glyn, T. (2016). Low back pain during pregnancy. *Co-kinetic Journal*, 70, 23-26.
- Falconier, M., Jackson, J., Hilpert, P. & Bodenmann, G. (2015). Dyadic coping and relationship satisfaction: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 42, 28-46. doi: 10.1016/j.cpr.2015.07.002
- Fallowfield, L. (2009) *What is quality of life?* United Kingdom: Hayward Medical Communications.
- Fayers, P., & Machin D. (2007). *Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. West Sussex: John Wiley & Sons.

- Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J., & Gilboa-Schechtman, E. (2009). Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48 (9), 919–927. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181b21651.
- Figueiredo, B., & Conde, A. (2011). Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: Parity differences and effects. *Journal of Affective Disorders*, 132 (2011) 146–157. doi: 10.1016/j.jad.2011.02.007.
- Figueiredo, B., Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Deeds, O., & Ascencio, A. (2008). Partner relationships during the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26 (2), 99–107. doi: 10.1080/02646830701873057.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 10, 103–109. doi: 10.1007/s00737-007-0178-8
- Fincham, F., Beach, S., Harold, G., & Osborne, L. (1997). Marital Satisfaction and Depression: Different Causal Relationships for Men and Women? *Psychological Science*, 8 (5), 351-357.
- Fleming, A., Steiner, M., & Corter, C., (1997). Cortisol, hedonics, and maternal responsiveness in human mothers. *Hormones and Behavior*, 32, 85–98. doi: 10.1006/hbeh.1997.1407.
- Folkman, S., Lazarus, R., Gruen, R., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579. doi: 10.1037/0022-3514.50.3.571.
- Freixo, M. (2009). *Metodologia científica - fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Freire, S., & Almeida, L. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Gabriel, B., Untas, A., Lavner, J., Koleck, M. & Luminet, O. (2016). Gender typical patterns and the link between alexithymia, dyadic coping and psychological symptoms. *Personality and Individual differences*, 96, 266-271. doi: 10.1016/j.paid.2016.02.029

- Gambrel, L., & Piercy, F. (2014). Mindfulness-based relationship education for couples expecting their first child—Part 1: a randomized mixed-methods program evaluation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 41 (1), 5-24. doi: 10.1111/jmft.12066.
- Gameiro, S., Moura-Ramos, M., & Canavarro, M. (2009). Maternal adjustment to the birth of a child: primiparity versus multiparity. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27 (3), 269–286. doi: 10.1080/02646830802350898.
- Garson, D. (2015). *Missing values analysis & data imputation*. Asheboro, USA: blue book series.
- Gavin, N. Gaynes, B., Lohr, K., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106, (5), 1071–1083. doi:10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db.
- Gaynes, B., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K., Swinson, T., Gartlehner, G., et al. (2005). Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evidence Report Technology Assessment (Summary)*, 119, 1–8.
- George, A., Luz, R., Tyche, C., Thilly, N., & Spitz, E. (2013). Anxiety symptoms and coping strategies in the perinatal period. *Pregnancy and Childbirth* 13 (233). doi: 10.1186/1471-2393-13-233.
- Giakoumaki, O., Vasilaki, K., Lili, L., Skouroliahou, M., & Liosis, G. (2009). The role of maternal anxiety in the early postpartum period: screening for anxiety and depressive symptomatology in Greece. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30 (1), 21–28. doi: 10.1080/01674820802604839.
- Giani, T., Rodrigues, W., Figueiredo, N., Porto, F., & Dantas, E. (2012). Lumbar pain during pregnancy: impact on daily life activities. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 4, (2), 2921-2926. doi: 10.9789/2175-5361.2012.v4i2.2921-2926
- Giardinelli, L., Innocenti, A., Benni, L., Stefanini, M., Lino, G., Lunardi, C., et al. (2012). Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Archives of Women's Mental Health*, 15, 21–30. doi: 10.1007/s00737-011-0249-8.
- Giurgescu, C., Penckofer, S., Maurer, M., & Bryant, F. (2006). Impact of uncertainty, social support, and prenatal coping on the psychological well-being of high-risk pregnant women. *Nursing Research*, 55, 356–336. doi: 10.1097/00006199-200609000-00008.

- Gjerdingen, D., Fontaine, P., Crow, S., McGovern, P., Center, B., & Miner, M. (2009). Predictors of mothers' postpartum body dissatisfaction. *Women and Health, 49*, 491–504. doi: 10.1080/03630240903423998.
- Glazier, R., Elgar, F., Goel, V., & Holzapfel, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 25*, 247–255. doi: 10.1080/01674820400024406.
- Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 28*, 25–35. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017.
- Gold, K., & Marcus, S. (2008). Effect of maternal mental illness on pregnancy outcome. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology, 3* (3), 391–401. doi: 10.1586/17474108.3.3.391.
- Goldstein, L., Diener, M., & Mangelsdorf, S. (1996). Maternal characteristics and social support across the transition to motherhood: Associations with maternal behavior. *Journal of Family Psychology, 10*, 60–71. doi: 10.1037/0893-3200.10.1.60.
- Goodman, J. (2008). Influences of maternal postpartum depression on fathers and on father–infant interaction. *Infant Mental Health Journal, 29* (6), 624–643. doi: 10.1002/imhj.20199.
- Goodman, S., & Gotlib, I. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review, 106*, 458–490. doi: 10.1037/0033-295X.106.3.458.
- Gotlib, I., Whiffen, V., Mount, J., Milne, K., & Cordy, N. (1989). Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57* (2), 269–274. Doi: 10.1037/0022-006X.57.2.269.
- Gottman, J. (1994). *What predicts divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes*. Hillsdale: Erlbaum.
- Graham, J., Christian, L., & Kiecolt-Glaser, J. (2006). Stress, age, and immune function: Toward a lifespan approach. *Journal of Behavioral Medicine, 29*, 389–400. doi: 10.1007/s10865-006-9057-4.
- Grant, K., McMahon, C., & Austin, M. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *Journal of Affective Disorders, 108*, 101–111. doi: 10.1016/j.jad.2007.10.002

- Greene, J., Caracelli, V., & Graham, W. (1989). Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 11, 255–274. doi: 10.2307/1163620.
- Gregoire, A., (1995). Hormones and postnatal depression. *British Journal of Midwifery*, 3, 99–105. doi: 10.12968/bjom.1995.3.2.99.
- Grote, N., Bridge, J., Gavin, A., Melville, J., Ivengar, S., & Katon, W. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of General Psychiatry*, 67 (10), 1012-1024. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.111.
- Grote, N., Swartz, H., Geibel, S., Zuckoff, A., Houck, P., & Frank, E. (2009). A randomized controlled trial of culturally relevant, brief interpersonal psychotherapy for perinatal depression. *Psychiatric Services*, 60, 313–321. doi: 10.1176/appi.ps.60.3.313.
- Guba, E., & Lincoln, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105–117). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Guardino, C., & Schetter, C. (2014). Understanding pregnancy anxiety: concepts, correlates, and consequences. *Zero to Three*, 12-21.
- Gunther, H. (2006). Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22 (2), 201-210. doi: 10.1590/S0102-37722006000200010.
- Gutteling, B., Weerth, C., & Buitelaar, J. (2005). Prenatal stress and children's cortisol reaction to the first day of school. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 541-549. doi: 10.1016/j.psyneuen.2005.01.002.
- Halford, W., Gravestock, F., Lowe, R., & Scheldt, S. (1992). Toward a behavioural ecology of stressful marital interactions. *Behavioral Assessment*, 14, 199-217.
- Hamilton, J., & Lobel, M. (2008). Types, patterns, and predictors of coping with stress during pregnancy: Examination of the Revised Prenatal Coping Inventory in a diverse sample. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 29, 97–104. doi: 10.1080/01674820701690624.
- Harpel, T. (2008). Fear of the unknown: ultrasound and anxiety about fetal health. *Health*, 12 (3), 295–312. doi: 10.1177/1363459308090050.
- Hart, R., & McMahon, C. A. (2006). Mood state and psychological adjustment to pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 329-337. doi: 10.1007/s00737-006-0141-0.

- Hass, J., Jackson, R., Fuentes-Afflick, E., Stewart, A., Dean, M., Brawarsky, P. et al. (2005). Changes in the Health Status of Women during and after Pregnancy. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 45-51. doi: 10.1111/j.1525-1497.2004.40097.x.
- Hausler, A., Sánchez, A., Gellert, P., Deeken, F., Rapp, M., & Nordheim, J. (2016). Perceived stress and quality of life in dementia patients and their caregiving spouses: does dyadic coping matter? *International Psychogeriatrics*, 28 (1), 1857-1866. doi: 10.1017/S1041610216001046.
- Hay, D., Pawlby, S., Sharp, D., Asten, P., Mills, A., & Kumar, R. (2001). Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (7), 871-889. Doi: 10.1111/1469-7610.00784.
- Heitmann, K., Nordeng, H., Havnen, G., Solheimsnes, A., & Holst, L. (2017). Treatment of nausea in pregnancy: A cross-sectional multinational web-based study of pregnant women and new mothers. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 17, 1-12. doi: 10.1186/s12884-015-0746-2.
- Henriksen, R., & Thuen, F. (2015). Marital quality and stress in pregnancy predict the risk of infectious disease in the offspring: the Norwegian mother and child cohort study. *Plos one*, 10 (9), 1-12. doi: 10.1371/journal.pone.0137304.
- Heron, J., O'Connor, T.G., Evans, J., Golding, J., & Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80 (1), 65–73. doi: 10.1016/j.jad.2003.08.004.
- Hicks, S. & Brown, A. (2016). Higher Facebook use predicts greater body image dissatisfaction during pregnancy: The role of self-comparison. *Midwifery*, 40, 132-141. doi: 10.1016/j.midw.2016.06.018.
- Highet, N., Stevenson, A., Purtell, C., & Co0, S. (2014). Qualitative insights into women's personal experiences of perinatal depression and anxiety. *Women and Birth*, 27 (3), 179-184. doi: 10.1016/j.wombi.2014.05.003.
- Hill, R. (1958). Generic features of families under stress. *Social Casework*, 39, 139–150.
- Hilpert P., & Kimamo, C. (2016). Dyadic coping in African couples. In M. Falconier, K., Randall, & G. Bodenmann G. (Eds.), *Couples coping with stress: a cross-cultural perspective*. (pp. 256-268). New York, NY: Routledge.
- Hipwell, A., Goossens, F., Melhuish, E., & Kumar, R. (2000). Severe maternal psychopathology and infant–mother attachment. *Development and Psychopathology*, 12, 157–175.

- Holubova, M., Prasko, J., Hruby, R., Kamaradova, D., Ociskova, M., Latalova, K., & Grambal, A. (2015). Coping strategies and quality of life in schizophrenia: cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2015 (1), 3041-3048. doi: 10.2147/NDT.S96559.
- Holzman, C., Eyster, J., Tiedje, L., Roman, L., Seagull, E., & Rahbar, M. (2006). A life course perspective on depressive symptoms in mid-pregnancy. *Maternal and Child Health Journal*, 10, 127–138. doi: 10.1007/s10995-005-0044-0.
- Howard, L., Oram, S., Galley, H., Trevillion, K., & Feder, G. (2013). Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 10 (5), 1-16. doi: 10.1371/journal.pmed.1001452.
- Huizink, A., Mulder, E., Robles de Medina, P., Visser, G., & Buitelaar, J. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human Development*, 79, 81-91. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014.
- Huizink, A., Robles de Medina, P., Mulder, E., Visser, G., & Buitelaar, J. (2002). Psychological measures of prenatal stress as predictors of infant temperament. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 41, 1078-1085. doi: 10.1097/00004583-200209000-00008.
- Huizink, A., Robles de Medina, P., Mulder, E., Visser, G., & Buitelaar, J. (2003). Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 810-818. doi: 10.1111/1469-7610.00166.
- Hunter, P., Rychnovsky, J., & Yount, M. (2009). A selective review of maternal sleep characteristics in the postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 38 (1), 60–68. doi: 10.1111/j.1552- 6909.2008.00309.x.
- Ito, L. (1998). *Terapia cognitiva-comportamental para transtornos psiquiátricos*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Jallo, N., Bourguignon, C., Taylor, A & Utz, S. (2008). Stress Management during Pregnancy: Designing and Evaluating a Mind-Body Intervention. *Family and Community Health*, 31, 190-203. doi: 10.1097/01.FCH. 0000324476.48083.41.
- Karney, B., & Bradbury, T. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method, and research. *Psychological Bulletin*, 118, 3–34. doi: 10.1037/0033-2909.118.1.3.
- Karney, B., Story, L., & Bradbury, T. (2005). Marriages in context: Interactions between chronic an acute stress among newlyweds. In T. Revenson, K. Kayser, & G.

- Bodenmann (Eds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (pp.13-32). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kasikçi, M., Kiliç, D., Avsar, G., & Sirin, M. (2015). Prevalence of urinary incontinence in older Turkish women, risk factors, and effect on activities of daily living. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61, 217-223. doi: 10.1016/j.archger. 2015.06.008.
- Kataja, E., Karlsson, L., Huizink, A., Tolvanen, M., Parsons, C., Nolvi, S. et al. (2017) Pregnancy-related anxiety and depressive symptoms are associated with visuospatial working memory errors during pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 218, 66-74. doi: 10.1016/j.jad.2017.04.033.
- Katona, C., Livingston, G., & Cooper, C. (2008). Functional Psychiatric Illness in Old Age. In H. Fillit, K. Rockwood, & K. Woodhouse (Eds.), *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology* (pp. 433-444). Philadelphia: Saunders.
- Keim, S., Daniels, J., Dole, N., Herring, A., Siega-Riz, A., & Scheidt, P. (2011). A prospective study of maternal anxiety, perceived stress, and depressive symptoms in relation to infant cognitive development. *Early Human Development* 87 (5), 373–380. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2011.02.004.
- Kelly, R.H., Russo, J., & Katon, W. (2001). Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *General Hospital Psychiatry*, 23 (3), 107–113. doi: 10.1016/S0163-8343(01)00129-3
- Kelley, H., & Thibaut, J. (1978). *Interpersonal Relations: A Theory of Interdependence*. New York: John Wiley & Sons.
- Kershaw, T., Murphy, A., Divney, A., Magriples, U., Niccolai, L., & Gordon, D. (2013). What's love got to do with it: relationship functioning and mental and physical quality of life among pregnant adolescent couples. *The American Journal of Community Psychology*, 52 (3), 288–301. doi: 10.1007/s10464-013- 9594-2.
- Kiecolt-Glaser, J., & Newton, T. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*, 127, 472-503. doi: 10.1037/0033-2909.127.4.472
- Kim, H., Mandell, M., Crandall, C., Kuskowski, M., Dieperink, B., & Buchberger, R. (2006). Antenatal psychiatric illness and adequacy of pre-natal care in an ethnically diverse inner-city obstetric population. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 103-107. doi: 10.1007/s00737-005-0117-5.

- King, G., Tomz, M., & Wittenberg, J. (2000). Making the Most of Statistical Analyses: Improving Interpretation and Presentation. *American Journal of Political Science*, 44, 341-355.
- Kingston, D., Tough, S., & Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry and Human Development*, 43 (5), 683-714. doi: 10.1007/s10578-012- 0291-4.
- Kohn, J., Rholes, S., Simpon, J., Martin, A., Tran, S., & Wilson, C. (2012). Changes in marital satisfaction across the transition to parenthood: the role of adult attachment orientations. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 8 (11), 1506-1522. doi: 10.1177/0146167212454548.
- Kolak, A., & Volling, B. (2007). Parental expressiveness as a moderator of coparenting and marital relationship quality. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 56, 467-478. doi: 10.1111/j.1741-3729.2007.00474.x.
- Kramer, M., Lydon, J., Seguin, L., Goulet, L., Kahn, S., McNamara, H., et al. (2009). Stress pathways to spontaneous preterm birth: the role of stressors, psychological distress, and stress hormones. *American Journal of Epidemiology*, 169 (11), 1319–1326. doi: 10.1093/aje/kwp061.
- Kringeland, T., Daltveit, A., & Miller, A. (2010). How does preference for natural childbirth relate to the actual mode of delivery? A population-based cohort study from Norway. *Birth* 37, 21–27. doi: 10.1111/j.1523-536X.2009.00374.x.
- Kumar, J., & Chitra, J. (2016). Comparative study of occurrence of postpartum low back and pelvic pain (LBPP) after normal delivery versus caesarean section (CS) following spinal anaesthesia and its rehabilitative management. *International Journal of Therapies & Rehabilitation Research*, 5 (4), 24-27. doi: 10.5455/ijtrr. 000000139.
- Lancaster, C., Gold, K., Flynn, H., Yoo, H., Marcus, S., & Davis, M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 202, 5–14. doi: 10.1016/j.ajog.2009.09.007.
- Larzelere M., & Jones, G. (2008). Stress and health. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 35, 839–856. doi: 10.1016/j.pop.2008.07.011.
- Lau, Y. (2013). The effect of maternal stress and health-related quality of life on birth outcomes among Macao Chinese pregnant women. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 27 (1), 14–24. doi: 10.1097/JPN.0b013e31824473b9.

- Lau, Y., & Yin, L. (2011). Maternal obstetric variables, perceived stress and health-related quality of life among pregnant women in Macao, China. *Midwifery*, 27 (5), 668–673. doi: 10.1016/j.midw.2010.02.008.
- Lau, Y., Wong, D., & Chan, K. (2008). The impact and cumulative effects of intimate partner abuse during pregnancy on health-related quality of life among Hong Kong Chinese women. *Midwifery*, 24 (1), 22–37. doi: 10.1016/j.midw.2006.06.010.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, K., Baker, F., Newton, K., & Ancoli-Israel, S. (2008). The influence of reproductive status and age on women's sleep. *Journal of Womens Health*, 17 (7), 1209–1214. doi: 10.1089/jwh.2007.0562.
- Lee, A., Chong, C., Chiu, H., Lam, S., & Fong, D. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics & Gynecology*, 110 (11), 1102–1112. doi: 10.1097/01.AOG.0000287065.59491.70.
- Leiferman, J. (2002). The effect of maternal depressive symptomatology on maternal behaviors associated with child health. *Health Education & Behavior*, 29 (5), 596–607. doi: 10.1177/109019802237027.
- Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8, 8–24. doi: 10.1186/1471-244X-8-24.
- Letourneau, N., Duffett-Leger, L., Dennis, C., Stewart, M., & Tryphonopoulos, P. (2011). Identifying the support needs of fathers affected by post-partum depression: a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 41–47. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01627.x.
- Levin, J. (1991). The factor structure of the Pregnancy Anxiety Scale. *Journal of Health and Social Behavior*, 32 (4), 368–381. doi: 10.2307/2137104
- Lobel, M. (1998). Pregnancy and mental health. In H. Friedman (Ed.) *Encyclopedia of mental health* (pp. 229-238). San Diego, CA: Academic Press.
- Lobel, M., Cannella, D., Graham, J., DeVincent, C., Schneider, J., & Meyer, B. (2008). Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychology*, 27 (5), 604–615. doi: 10.1037/a0013242.
- Lobel, M., Hamilton, J., & Cannella, D. (2008). Psychosocial Perspectives on Pregnancy: Prenatal Maternal Stress and Coping. *Social and personality psychology compass*, 2 (4), 1600-1623. doi: 10.1111/j.1751-9004.2008.00119.x.

- Logsdon, M., & Usui, W. (2006). The Postpartum Support Questionnaire. Psychometric properties in adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 19, 145–156. doi: 10.1111/j.1744-6171.2006.00062.x
- Lopes, R., Prochnow, L. & Piccinini, C. (2010). Mother's Relationship with Female Support Figures. *Psicologia em Estudo*, 15, 295-304. doi: 10.1590/S1413-73722010000200008.
- Loomans, E., Stelt, O., Eijsden, M., Gemke, R., Vrijkotte, T., & Bergh, B. (2012). High levels of antenatal maternal anxiety are associated with altered cognitive control in five-year-old children. *Developmental Psychobiology*, 54 (4), 441-450. doi: 10.1002/dev.20606.
- Lydon-Rochelle, M., Holt, V., & Martin, D. (2001). Delivery method and self-reported postpartum general health status among primiparous women. *Paediatric Perinatal Epidemiology*, 15 (3), 232–240. doi: 10.1046/j.1365-3016.2001.00345.x
- Lydsdottir, L., Howard, L., Olafsdottir, H., Thome, M., Tyrfinngsson, P., & Sigurdsson, J. (2014). The mental health characteristics of pregnant women with depressive symptoms identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75, 393–398. doi: 10.4088/JCP.13m08646.
- MacDermid, S., Huston, T., & McHale, S. (1990). Changes in marriage associated with the transition to parenthood: Individual differences as a function of sex-role attitudes and changes in the division of household labor. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 475-486. doi: 10.2307/353041.
- Maki, P., Riekk, T., Miettunen J, Isohanni, M., Jones, P., Murray, G., et al. (2010). Schizophrenia in the offspring of antenatally depressed mothers in the Northern Finland 1966 birth cohort: Relationship to family history of psychosis. *The American Journal of Psychiatry*, 167, 70-77. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09010133.
- Mannion, C., Vinturache, A., McDonald, S. & Tough, S. (2015). The Influence of Back Pain and Urinary Incontinence on Daily Tasks of Mothers at 12 Months Postpartum. *Plos one*, 10 (6),1-18. doi: 10.1371/journal.pone.0129615.
- Marchesi, C., Bertoni, S., & Maggini, C. (2009). Major and minor depression in pregnancy. *Obstetrics & gynecology*. 113, 1292–1298. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181a45e90.
- Marconi, M., & Lacatos, E. (2011). *Metodologia científica*. São Paulo: Editora Atlas.
- Marcus, S. (2009). Depression during pregnancy: rates, risks and consequences. *The Canadian journal of clinical pharmacology*, 16, 15–22.

- Marcus, S., & Herinhausen, J. (2009). Depression in childbearing women: When depression complicates pregnancy. *Primary Care*, 36 (1), 151-65. doi: 10.1016/j.pop.2008.10.011
- Marcum, T. & Perry, S. (2015). It Doesn't Work At Work: Pregnancy Discrimination in the Workplace. *Labor Law Journal*, 66 (2), 111-125.
- Marrs, C., Durette, R., Ferraro, D., & Cross, C. (2009). Dimensions of postpartum psychiatric distress: Preliminary evidence for broadening clinical scope. *Journal of Affective Disorders*, 115, 100-111. doi: 10.1016/j.jad.2008.08.012.
- Martin, M., Peter-Wight, M., Braun, M., Hornung, R., & Scholz, U. (2009). The 3-phase model of dyadic adaptation to dementia: Why it might sometimes be better to be worse. *European Journal of Aging*, 6, 291–301. doi: 10.1007/s10433-009-0129-5.
- Martini, J., Petzoldt, J., Einsle, F., Beesdo-Baum, K., Hofler, M., & Wittchen, H. (2015). Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospective-longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 175, 385–395. doi: 10.1016/j.jad.2015.01.012.
- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., Kavanagh, D. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorders*, 74, 139–147.
- Matthey, S., & Ross-Hamid, C. (2012). Repeat testing on the Edinburgh Depression Scale and the HADS-A in pregnancy: Differentiating between transient and enduring distress. *Journal of Affective Disorders*, 141, 213-221. doi: 10.1016/j.jad.2012.02.037.
- Mazet, P., & Rosenblum, O. (2002). Bébés et mères déprimées. *Soins Pédiatrie*, 205,31-34.
- McCubbin, H., & Figley, C. (1983). Bridging normative and catastrophic family stress. In H. McCubbin & C. Figley (Eds.). *Stress and the family: Coping with normative transition*. New York: Brunner & Mazel.
- McCubbin, H., & Patterson, J. (1983). Family transitions: Adaptation to stress. In H. McCubbin & C. Figley (Eds.). *Stress and the family: Coping with normative transitions* (pp. 5–25). New York: Brunner & Mazel.
- McGowan, A. & McAuliffe, A. (2012). Maternal nutrient intakes and levels of energy underreporting during early pregnancy. *European Journal of Clinical Nutrition*, 66 (8), 906-913. doi: 10.1038/ejcn.2012.15.
- McHale. J., & Fivaz-Depeursinge, E. (1999). Understanding triadic and family group interactions during infancy and toddlerhood. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 107–127.

- McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N., Tennant, C., & Don, N. (2001). Postnatal depression, anxiety and unsettled infant behaviour. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35 (5), 581–588. doi: 10.1080/0004867010060505.
- Meena, P., Soni, R., Jain, M., & Jilowa, C. (2016). Cognitive Dysfunction and Associated Behaviour Problems in Postpartum Women: A Study from North India. *East Asian Archives Psychiatry*, 26, 104-108.
- Meighan, M., Davis, M., Thomas, S., & Droppleman, P. (1999). Living with postpartum depression: the father's experience. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 24, 202–208. doi: 10.1097/00005721-199907000-00009.
- Meena, P., Soni, R., Jain, M., & Jilowa, C. (2016). Cognitive Dysfunction and Associated Behaviour Problems in Postpartum Women: A Study from North India. *East Asian Archives Psychiatry*, 26, 104-108.
- Melville, J., Gavin, A., Guo, Y., Fan, M., & Katon, W. (2010). Depressive disorders during pregnancy: prevalence and risk factors in a large urban sample. *Obstetrics & Gynecology*, 116, 1064–1070. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181f60b0a.
- Mednick, B. (1996). Personality and demographic characteristics of mothers and their ratings of child difficultness. *The International Journal of Behavioral Development* 19 (1), 121–140. doi: 10.1177/016502549601900110.
- Miller, C. (1981). The stress of deprivation in human relationships. *The American Journal of Psychoanalysis*, 41, 227–234.
- Miller, A., Barr, R., & Eaton, W. (1993). Crying and motor behavior of six-week-old infants and postpartum maternal mood. *Pediatrics*, 92 (4), 551–558.
- Miller, R., Mason, T., Canlas, J., Wang, D., Nelson, D., & Hart, C. (2013). Marital satisfaction and depressive symptoms in China. *Journal of Family Psychology*, 27 (4), 677-82. doi: 10.1037/a0033333.
- Miller-Lewis, L., Wade, T., & Lee, C. (2005). Risk Factors for Pregnancy and Childbearing in a Single Young Women: Evidence from the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *International Journal of Behavioral Development*, 29, 292-303. doi: 10.1177/01650250544000071.
- Milgrom, J., & Beatrice, G. (2003). Coping with the stress of motherhood: cognitive and defense style of women with postnatal depression. *Stress and Health*, 19, 281–287. doi: 10.1002/smi.986.

- Miot, L., Miot, H., Silva, M., & Marques, M. (2009) Physiopathology of Melasma. *Brazilian Annals of Dermatology*, 84, 623-635. doi: 10.1590/S0365-05962009000600008.
- Mitnick, D., Heyman, R., & Smith-Slep, A. (2009). Changes in relationship satisfaction across the transition to parenthood: a meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 23, 848–852. doi: 10.1037/a0017004.
- Mogos, M., August, E., Salinas-Miranda, A., Sultan, D. & Salihu, H. (2013). A Systematic Review of Quality of Life Measures in Pregnant and Postpartum Mothers. *Applied Research in Quality of Life*, 8, 219-250. doi: 10.1007/s11482-012-9188.
- Moodt, G. (2017). Breast tenderness in pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*, 32 (1), 19-21.
- Moses-Kolko, L. & Roth, K. (2004). Antepartum and postpartum depression: Healthy mom healthy baby. *Journal of the American Medical Women's Association*, 59, 181-191.
- Moyer, C., Ekpo, G., Calhoun, L., Greene, J., Naike, S., Sippola, E., et al. (2008). Quality of life, optimism/pessimism, and knowledge and attitudes toward HIV screening among pregnant women in Ghana. *Women's Health Issues*, 18, 301–309. doi: 10.1016/j.whi.2008.02.001.
- Munaf, S. & Siddiqui, B. (2013). Relationship of Post-natal Depression with Life and Marital Satisfaction and Its Comparison in Joint and Nuclear Family System. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 9 (84), 733-738. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.06.636.
- Murphy, K., & Davidshofer, C. (1988). *Psychological testing: Principles and applications*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Murray, L., Cooper, P., Creswell, C., Schofield, E., & Sack, C. (2007). The effects of maternal social phobia on mother–infant interactions and infant social responsiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (1), 45–52. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01657.x.
- Minayo, M., & Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Caderno de Saúde Pública*, 9 (3), 239-262.
- Nagandla, K., Nalliah, S., Yin, L., Majeed, Z., Ismail, M., Zubaidah, S., et al. (2016). Prevalence and associated risk factors of depression, anxiety and stress in pregnancy. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 5 (7), 2380. doi: 10.18203/2320-1770.ijrcog20162132.
- Nakamura, Y., Takeishi, Y., Atogami, F., & Yoshizawa, T. (2012). Assessment of quality of life in pregnant Japanese women: comparison of hospitalized, outpatient, and non-

- pregnant women. *Nursing & Health Sciences*, 14 (2), 182–188. doi: 10.1111/j.1442-2018.2011.00676.x.
- Naseem, K., Khurshid, S., Khan, S., Moeen, A., Farooq, M., Sheikh S., et al. (2011). Health related quality of life in pregnant women: a comparison between urban and rural populations. *Journal of Pakistan Medical Association*, 61 (3), 308–312.
- Nasreen, H., Kabir, Z., Forsell, Y., & Edhborg, M. (2011). Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population based study in rural Bangladesh. *BMC Women's Health*, 11, (22). doi: 10.1186/1472-6874-11-22.
- Navarro-Gil, C., & Gómez-Mariñelarena, C. (2016). Autoestima y autoimagen de las mujeres en el postparto. *Medicina naturista*, 10 (1), 28-33.
- Neau, J., Texier, B., & Ingrand, P. (2009). Sleep and vigilance disorders in pregnancy. *European Neurology*, 62 (1), 23–29. doi: 10.1159/000215877.
- Neff, L., & Karney, B. (2009). Stress and reactivity to daily relationship experiences: How stress hinders adaptive processes in marriage. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, 435–450. doi: 10.1037/a0015663.
- Ng, K., Loy, J., Gudmunson, C. & Cheong, W. (2009). Gender Differences in Marital and Life Satisfaction among Chinese Malaysians. *Sex Roles*, 60 (1), 33-43. doi: 10.1007/s11199-008-9503-6.
- Ngai, F., & Ngu, S. (2013). Quality of life during the transition to parenthood in Hong Kong: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 34, (4), 157-162. doi: 10.3109/0167482X.2013.852534.
- Nicholson, W., Setse, R., Hill-Briggs, F., Cooper, L., Strobino, D. & Powe, N. (2006) Depressive Symptoms and Health-Related Quality of Life in Early Pregnancy. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 107, 798-806. doi: 10.1007/s10995-008-0392-7.
- Nock, S. (1981). Family life cycle transitions: Longitudinal effects on family members. *Journal of marriage and family*, 43, 703-714. doi: 10.2307/351770.
- Norbeck, J., & Anderson, N. (1989). Life stress, social support, and anxiety in mid- and late-pregnancy among low income women. *Research in Nursing & Health*, 12 (5), 281-187. doi: 10.1002/nur.4770120503.
- Nyange, A. (2017). Common discomforts of pregnancy: leg cramps. *International Journal of Childbirth Education*, 32 (1), 25-27.
- O'Connor, T., Heron, J., Goldings, J., Beveridge, M., & Glover, V. (2002). Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/ emotional problems at 4 years: report

- from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 502–508. doi: 10.1192/bjp.180.6.502.
- Ogunsiji, O. and Wilkes, L. (2004). Managing Family Life While Studying: Single Mothers' Lived Experience of Being Students in a Nursing Program. *Contemporary Nurse*, 18, 108-123. doi: 10.5172/conu.18.1-2.108.
- O'Hara, M. (1997). The nature of postpartum depressive disorders. In L. Murray, & P. Cooper (Eds.), *Postpartum depression and child development* (pp. 144-153). New York: Guilford Press.
- O'Hara, M., & Gorman, L. (2004). Can Postpartum depression be predicted? Maternal depression and comorbidity: predicting early parenting. *Psychiatry* 11, 42–47. doi: 10.1097/00004583-200101000-00012.
- O'Hara, M., & McCabe, J. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379-407. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612.
- O'Hara, M., & Swain, A. (1996). Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54. doi: 10.3109/09540269609037816.
- Okun, M. (2016). Disturbed Sleep and Postpartum Depression. *Current Psychiatry Reports*, 18 (7), 1-7. doi: 10.1007/s11920-016-0705-2.
- Onwuegbuzie, A., & Leech, N. (2005). Taking the "Q" Out of Research: Teaching Research Methodology Courses Without the Divisive Between Quantitative and Qualitative Paradigms. *Quality & Quantity*, 39, 267-296. doi: 10.1007/s11135-004-1670-0.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12 (2), 225-237. doi: 10.1080/13548500500524088.
- Palagini, L., Gemignani, A., Banti, S., Manconi, M., Mauri, M., & Riemann, D. (2014). Chronic sleep loss during pregnancy as a determinant of stress: impact on pregnancy outcome. *Sleep Medicine*, 15 (8), 853–859. doi: 10.1016/j.sleep.2014.02.013.
- Parab, S., & Bhalerao, S. (2010). Choosing statistical test. *International Journal of Ayurveda Research*, 1 (3), 187-191. doi: 10.4103/0974-7788.72494.
- Pascalis, L., Agostini, F., Monti, F., Paterlini, M., Fagandini P., & Sala, G. (2012). A comparison of quality of life following spontaneous conception and assisted reproduction. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 118 (3), 216–219. doi: 10.1016/j.ijgo.2012.04.020.

- Patton, M. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newbury Park: Sage Publications.
- Peñacoba-Puente, C., Carmona-Monge, F., Marín-Morales, D., & Naber, K. (2013). Coping Strategies of Spanish Pregnant Women and Their Impact on Anxiety and Depression. *Research in Nursing & Health*, 36 (1), 54-64. doi: 10.1002/nur.21513.
- Pereira, P., Carvalho, T., Soares, G., & Gualda, D. (2015) Screening of depressive and anxiety symptoms in postpartum patients: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 14 (3), 294-304.
- Pereira, P., & Lovisi, G. (2008). Prevalência da depressão gestacional e factores associados. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 4 (35), 144-153. doi: 10.1590/S0101-60832008000400004.
- Pereira, P., Lovisi, G., Lima, L., & Legay, L. (2010). Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37 (5), 216-22. doi: 10.1590/S0101-60832010000500006.
- Perry, D., Ettinger, A., Mendelson, T., & Le, H. (2011). Prenatal depression predicts postpartum maternal attachment in low-income Latina mothers with infants. *Infant Behavior and Development*, 34 (2), 339–350. doi: 10.1016/j.infbeh.2011.02.005.
- Pesonen, A., Räikkönen, K., Heinonen, K., Komsu, N., Järvenpää, A., & Strandberg, T. (2008). A transactional model of temperamental development: evidence of a relationship between child temperament and maternal stress over five years. *Social Development* 17 (2), 326–340. doi: 10.1111/j.1467-9507.2007.00427.x.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Petzoldt, J., Wittchen, H., Wittich, J., Einsle, F., Hofler, M., & Martini, J. (2014). Maternal anxiety disorders predict excessive infant crying: a prospective longitudinal study. *Archives of Disease in Childhood*, 9, 800-806. doi: 10.1136/archdischild-2013-305562.
- Pien, G., & Schwab, R. (2004). Sleep disorders during pregnancy. *Sleep*, 27 (7), 1405–1417. doi: 10.1093/sleep/27.7.1405.
- Pieta, B., Jurczyk, U., Wszolek, K., & Opala, T. (2014). Emotional changes occurring in women in pregnancy, parturition and lying-in period according to factors exerting an effect on a woman during the peripartum period. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 21, 661-665. doi: 10.5604/12321966.1120621.

- Pinas-Carrilo, A., & Chandraharan, E. (2017) Abdominal pain in pregnancy: a rational approach to management. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 27 (4), 112-119. doi: 10.1016/j.ogrm.2011.04.001.
- Pirjani, R., Ghanbari, Z., Rezaee, M., Shirazi, M., & Poransari, P. (2016). Urinary incontinence and pelvic girdle pain during pregnancy: A clinical trial. *Tehran University of Medical Sciences*, 74 (4), 252-259. doi: 10.1016/j.ijgo.2012.01.014.
- Poobalan, A., Aucott, L., Ross, L., Smith, W., Helms, P., & Williams, J. (2007). Effects of treating postnatal depression on mother–infant interaction and child development systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 191, 378–386. doi: 10.1192/bjp.bp.106.032789.
- Polanska., K., Krol, A., Merecz-kot, D., Jurewicz, J., Makowiec-Dabrowska, T., & Chiarotti, F. (2017). Maternal stress during pregnancy and neurodevelopmental outcomes of children during the first 2 years of life. *Journal of paediatrics and child health*, 53 (3), 263-271. doi: 10.1111/jpc.13422.
- Pilkington, P., Milne, L., Cairns, K., Lewis, J., & Whelan, T. (2015). Modifiable partner factors associated with perinatal depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 178, 165-180. doi: 10.1016/j.jad.2015.02.023.
- Pinheiro, K., Pinheiro, R., Coelho, F., Silva, R., Quevedo, L., Schwanz, C., et al. (2014). Serum NGF, BDNF and IL-6 levels in postpartum mothers as predictors of infant development: the influence of affective disorders. *Plos one*, 9 (4), 151-155. doi: 10.1371/journal.pone.0094581.
- Pleshette, N., Asch, S., & Chase, J. (1956). A study of anxieties during pregnancy, labor, the early and late puerperium. *Bulletin oh the New York Academy of Medicine* 32 (6), 436–455. doi: 10.1016/j.tjog.2015.12.018.
- Preti, A., Cardascia, L., Zen, T., Pellizzari, P., Marchetti, M, Favaretto, G., et al. (2000). Obstetric complications in patients with depression - a population-based case-control study. *Journal of Affective Disorders*, 61 (1), 101-106. doi: 10.1016/S0165-0327(99)00185-8.
- Price, P. (2012). *Research Methods in Psychology: Core Concepts and Skills*. Pennsauken: Paperback.
- Rakhshani, A., Maharana, S., Raghuram, N., Nagendra, H., & Venkatram, P. (2010). Effects of integrated yoga on quality of life and interpersonal relationship of pregnant

- women. *Quality of Life Research*, 19 (10), 1447–55. doi: 10.1007/s11136-010-9709-2.
- Randall, A., & Bodenmann, G. (2009). The role of stress on close relationships and marital satisfaction. *Clinical Psychology Review*, 29, 105-115. doi: 10.1016/j.cpr.2008.10.004.
- Randall A., & Bodenmann G. (2016). Stress and its associations with relationship satisfaction. *Current Opinion in Psychology*, 13, 96–106. doi: 10.1016/j.copsyc.2016.05.010.
- Randall, A., Totenhagen, C., Walsh, K., Adams, C. & Tao, C. (2017). Coping with workplace minority stress: Associations between dyadic coping and anxiety among women in same-sex relationships. *Journal of Lesbian Studies*, 21 (1), 70-87. doi: 10.1080/10894160.2016.1142353.
- Rauh, C., Beetz, A., Burger, P., Engel, A., Häberle, L., Fasching, P., et al. (2012). Delivery mode and the course of pre-and postpartum depression. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286 (6), 1407–1412. doi: 10.1007/s00404-012-2470-8.
- Reck, C., Muller, M., Tietz, A., & Mohler, E. (2013). Infant distress to novelty is associated with maternal anxiety disorder and especially with maternal avoidance behavior. *Journal of Anxiety Disorders*, 27 (4), 404–412. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.03.009.
- Reck, C., Noe, D., Gerstenlauer, J., & Stehle, E.(2012). Effects of postpartum anxiety disorders and depression on maternal self-confidence. *Infant Behavior & Development*, 35 (2), 264–272. doi: 10.1016/j.infbeh.2011.12.005.
- Reck, C., Struben, K., Backenstrass, M., Stefenelli, U., Reinig, K., Fuchs, T., et al. (2008). Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 459-468. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.
- Regan, T., Lambert, S., Kelly, B., McElduff, P., Girgis, A., Kayser, K., et al. (2014). Cross-sectional relationships between dyadic coping and anxiety, depression, and relationship satisfaction for patients with prostate cancer and their spouses. *Patient Education and Counselling*, 96 (1), 120-127. doi: 10.1016/j.pec.2014.04.010.
- Regan, A., Shan, L., McConnon, A., Marcu, A., Raats, M., Wall, P. et al. (2014). Strategies for dismissing dietary risks: Insights from user-generated comments online. *Health Risk & Society*, 16 (4), 308-322. doi: 10.1080/13698575.2014.919993.
- Richardson, P. (1990). Women's experience of body change during normal pregnancy. *Maternal and Child Nursing Journal*, 19 (2), 93–111.

- Rigouzzo, A. (2015). Post-partum pain and rehabilitation/Douleur et rehabilitation en post-partum. *Revue de medecine perinatale*, 7 (2), 87-96.
- Ritter, C., Hobfoll, S., Lavin, J., Cameron, R., & Hulsizer, M. (2000). Stress, psychosocial resources, and depressive symptomatology during pregnancy in low-income, inner-city women. *Health Psychology*, 19 (6), 576-585. doi: 10.1037/0278-6133.19.6.576.
- Rivières-Pigeon, C., Saurel-Cubizolles, M., & Romito, P. (2003). Psychological distress one year after childbirth - A cross-cultural comparison between France, Italy and Quebec. *European Journal of Public Health*, 13, 218-225.
- Roberts, S., Bushnell, J., Collings, S., & Purdie, G. (2006). Psychological health of men with partners who have post-partum depression. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40 (8), 704–711. doi:10.1080/j.1440-1614.2006.01871.x.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, 289–295.
- Robson, C. (1973). *Experiment, design and statistics in Psychology* (2^a ed.). New York: Penguin Books.
- Rohany, N., & Sakdiah, A. (2010). Job satisfaction, job performance and marital satisfaction among dual-worker malay couples. *International Journal of Interdisciplinary Social Sciences*, 5 (3), 299-305. doi: 10.18848/1833-1882/CGP/v05i03/51637.
- Ross, L., & McLean, L. (2006). Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1285-1298.
- Roth, S., & Cohen, L. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41 (7), 813-819.
- Rubertsson, C., Hellstrom, J., Cross, M., & Sydsjo, G. (2014). Anxiety in early pregnancy: Prevalence and contributing factors. *Archives of Women's Mental Health*, 17 (3), 221-228. doi: 10.1007/s00737-013- 0409-0.
- Ryding, E., Wijma, B., Wijma, K., & Rydhstrom, H. (1998). Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 77 (5), 542-547. doi: 10.1034/j.1600-0412.1998.770512.x.
- Sale, J., Lohfeld, L., & Brazil, K. (2002). Revisiting the Quantitative-Qualitative Debate: Implications for Mixed-Methods Research. *Quality & Quantity*, 36, 43-53. doi: 10.1023/A:1014301607592.

- Sarkar, P., Bergman, K., O'Connor, T., & Glover, V. (2008). Maternal ante-natal anxiety and amniotic fluid cortisol and testosterone: Possible implications for fetal programming. *Journal of Neuroendocrinology*, 20, 489-496. doi: 10.1023/A:1014301607592.
- Sarmiento, M. (2013). *Metodologia científica para elaboração, escrita e apresentação de teses*. Lisboa: Universidade Lusíada Editora.
- Saurel-Cubizolles, M., Romito, P., Lelong, N., & Ancel, P. (2000). Women's health after childbirth: a longitudinal study in France and Italy. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107 (10), 1202–1209.
- Schetter, C., & Lobel, M. (2012). Pregnancy and birth: A multilevel analysis of stress and birth weight. In T. Revenson, A. Baum, & J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 431-464). London: Psychology Press.
- Schetter, C., & Glynn, L. (2010). Stress in pregnancy: Empirical evidence and theoretical issues to guide interdisciplinary research. In R. Contrada & A. Baum (Eds.), *Handbook of stress* (pp. 321-344). New York, NY: Springer.
- Schneider, Z. (2002). An Australian study of women's experiences of their first pregnancy. *Midwifery*, 18 (3), 238–249.
- Schoebi, D., & Randall, A. (2015). Emotion dynamics in intimate relationships. *Emotion Review*, 7, 342-348. doi: 10.1177/1754073915590620.
- Schulz, M., Cowan, P., Cowan, C., & Brennan, R. (2004). Coming home upset: Gender, marital satisfaction, and the daily spillover of workday experience into couple interactions. *Journal of Family Psychology*, 18, 250–263.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada com la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9, 9–21. doi: 0.4067/S0717- 95532003000200002.
- Schytt, E., & Hildingsson, I. (2011). Physical and emotional self-rated health among Swedish women and men during pregnancy and the first year of parenthood. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 2 (2), 57–64. doi: 10.1016/j.srhc.2010.12.003.
- Schytt, E., Lindmark, G. & Waldenstrom, U. (2005). Physical symptoms after childbirth: prevalence and associations with self-rated health. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112 (2), 210–217. doi: 10.1111/j.1471-0528.2004.00319.x
- Seaward, B. (2006). *Managing Stress: Principles and strategies for health and well-being* (5^a ed.). Sudbury: Jones & Barlett.

- Selye, H. (1976). Stress without distress. In S. Kittay, G. Serban, L. Kolb & M. Sabshin (eds.) *Psychopathology of human adaptation*. (pp. 137-146). New York: Lippincott & Crowe.
- Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., et al. (2006). Estudos psicométricos dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psicologia Clínica*, 27 (1), 31-40.
- Setse, R., Grogan, R., Pham, L., Cooper, L.A., Strobino, D., Powe, N., et al. (2009) Longitudinal Study of Depression Symptoms and Health-Related Quality of Life during Pregnancy and after Delivery: The Health Status in Pregnancy (HIP) Study. *Maternal and Child Health Journal*, 13, 577-587. doi: 10.1007/s10995-008-0392-7.
- Seymour, M., Giallo, R., Cooklin, A., & Dunning, M. (2015). Maternal anxiety, risk factors and parenting in the first post-natal year. *Child: Care, Health & Development*, 41 (2), 314-323. doi: 10.1111/cch.12178.
- Shloim, N., Hetjerington, M., Rudolf, M., & Feltbower, R. (2013). Relationship between body mass index and women's body image, self-esteem and eating behaviours in pregnancy: A cross-cultural study. *Journal of Health Psychology*, 20 (4), 413-126. doi: 10.1177/1359105313502568.
- Silvestre, H., & Araújo, J. (2012). *Metodologia para a Investigação Social*. Lisboa: Escolar Editora.
- Sivertsen, B., Petrie, K., Skogen, J., Hysing, M., & Eberhard-Gran, M. (2017). Insomnia before and after childbirth: the risk of developing postpartum pain-A longitudinal population-based study. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology*, 210, 348-354. doi: 10.1016/j.ejogrb.2017.01.020.
- Sjogren, B. (1997). Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 18 (4), 266-272. doi: 10.3109/01674829709080698.
- Skari, H., Skreden, M., Malt, U., Dalholt, M., Ostensen, A., Egeland, T., et al. (2002). Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth — a prospective population-based study of mothers and fathers. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109 (10), 1154-1163.

- Somasundaram, R., & Nedunchezian, R. (2012). Missing value imputation using refined mean substitution. *International Journal of computer science issues*, 9 (4), 1694-1702.
- Stadtlander, L. (2013). Memory and Perceptual Changes during Pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*, 28 (2): 49-53.
- Standley, K., Soule, B., & Copans, S. (1979). Dimensions of prenatal anxiety and their influence on pregnancy outcome. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 135 (1), 22–26.
- Story, L., & Bradbury, T. (2004). Understanding marriage and stress: Essential questions and challenges. *Clinical Psychology Review*, 23, 1139–1162. doi: 10.1016/j.cpr.2003.10.002.
- Suls, J., & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology*, 4 (3), 249. doi: 10.1037//0278-6133.4.3.249.
- Surkan, P., Peterson, K., Hughes, M., & Gottlieb, B. (2006). The role of social networks and support in postpartum women's depression: a multiethnic urban sample. *Maternal and Child Health Journal*, 10 (4), 375–383. doi: 10.1007/s10995-005-0056-9.
- Symon, A., Mackay, A. & Ruta, D. (2003). Postnatal Quality of Life Assessment: A Pilot Study Using the Mother Generates Index. *Journal of Advanced Nursing*, 42, 21-29. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02575.x.
- Talge, N., Neal, C., & Glover, V. (2007). Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: How and why? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 245-261. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01714.x.
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's Alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55. doi: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd.
- Taylor, C., & Johnson, M. (2013) The role of anxiety and other factors in predicting postnatal fatigue: from birth to 6 months. *Midwifery* 29 (5), 526–534. doi: 10.1016/j.midw.2012.04.011.
- Teixeira, J., Fisk, N., & Glover, V. (1999). Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *BMJ* 318 (7177), 153–157. doi: 10.1136/bmj.318.7177.153.
- Thoits, P. (2010). Stress and health: major findings and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), 41–53. doi: 10.1177/0022146510383499.

- Thompson, J., Roberts, C., Currie, M., & Ellwood, D. (2002). Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth*, 29 (2), 83–94. doi: 10.1046/j.1523-536X.2002.00167.x.
- Tomita, A., Labys, C., & Burns, J. (2015). Depressive Symptoms Prior to Pregnancy and Infant Low Birth Weight in South Africa. *Maternal & Child Health Journal*, 19 (10), 2179-2186. doi: 10.1007/s10995-015-1732-z.
- Torkan, B., Parsay, S., Lamyian, M., Kazemnejad, M., Montazer, A. (2009). Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and Cesarean section. *BMC: Pregnancy Childbirth* (9), 4–11. doi:10.1186/1471-2393-9-4.
- Triviño- Juárez, J., Nieto-Pereda, B., Arruti-Sevilla, B., Forjaz, M., Oliver-Barrecheguren, C., & Soto-Lucía, C. (2016). Quality of life of mothers at the sixth week and sixth month post-partum and type of infant feeding. *Midwifery*, 34, 230-238. doi: 10.1016/j.midw.2015.11.003.
- Tsigos, C., & Chrousos, G. (2002). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 865–871. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00429-4.
- Tsujimoto, E., Taketani, R., Yano, M., Yamamoto, A., & Ono, H. (2015). Relationship between Depression, Suicidal Ideation, and Stress Coping Strategies in Japanese Undergraduates. *International Medical Journal*, 22 (4), 268-272.
- Tuohy, A. & McVey, C. (2008). Experience of pregnancy and delivery as predictors of postpartum depression psychology. *Psychology, Health & Medicine*, 13 (1), 43–47. doi: 10.1080/13548500701294531.
- Turner, R., Wheaton, B., & Lloyd, D. (1995). The epidemiology of social stress. *American Sociological Review*, 60, 104-125. doi: 10.2307/2096348.
- Twenge, J., Campbell, W., & Foster, C. (2003). Parenthood and marital satisfaction: A meta-analytic review. *Journal of Marriage and Family*, 65, 574–583. doi: 10.1111/j.1741-3737.2003.00574.x.
- Van den Bergh, B., Mennes, M., Oosterlaan, J., Stevens, V., Stiers, P., Marcoen, A., et al. (2005). High antenatal maternal anxiety is related to impulsivity during performance on cognitive tasks in 14-and 15- year- olds. *Neuroscience and Biobehavior Review*, 29, 259-269. doi: 10.1016/j.neubiorev.2004.10.010.
- Van der Waerden, J., Galéra, C., Larroque, B., Saurel-Cubizolles, M., Sutter-Dallay, A., & Melchior, M. (2015). Maternal Depression Trajectories and Children's Behavior at

- Age 5 Years. *The Journal of Pediatrics*, 166 (6), 1440-1448. doi: 10.1016/j.jpeds.2015.03.002.
- Vedes, A., Nussbeck, F., Bodenmann, G., Lind, W., & Ferreira, A. (2013). Psychometric Properties and Validity of Dyadic Coping Inventory in Portuguese. *Swiss Journal of Psychology*, 72 (3), 149-157. doi: 10.1024/1421-0185/a000108.
- Verbeek, T., Bockting, C., Pampus, M., Ormel, J., Meijer, J., Hartman, C., et al. (2012). Postpartum depression predicts offspring mental health problems in adolescence independently of parental lifetime psychopathology. *The Journal of Affective Disorders*, 136 (3), 948-954. doi: 10.1016/j.jad.2011.08.035.
- Verkerk, G., Denollet, J., Heck, G., Son, M., & Pop, V. (2005). Personality factors as determinants of depression in postpartum women: a prospective 1-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine* 67, 632–637. doi: 10.1097/01.psy.0000170832.14718.98.
- Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Dritsa, M., & Khalife, S., (2014). Rates and risk factors associated with depressive symptoms during pregnancy and with postpartum onset. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynecology*, 35, 84–91. doi: 10.3109/0167482X.2014.947953.
- Vliegen, N., Luytena, P., Meursa, P., & Cluckersa, G. (2006). Adaptive and maladaptive dimensions of relatedness and self-definition: relationship with postpartum depression and anxiety. *Personality and Individual Differences* 41 (3), 395–406. doi: 10.1016/j.paid.2005.11.029.
- Walker, L., Timmerman, G., Kim, M., & Sterling, B. (2002). Relationships between body image and depressive symptoms during postpartum in ethnically diverse, low income women. *Women & Health*, 36, 101–121. doi: 10.1300/J013v36n03_07.
- Wang, P., Liou, S., & Cheng, C. (2013). Prediction of maternal quality of life on preterm birth and low birthweight: a longitudinal study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2 (13), 124. doi: 10.1186/1471-2393-13-124.
- Warren, S., Racu, C., Gregg, V., & Simmens, S. (2006). Maternal panic disorder: Infant prematurity and low birth weight. *Anxiety Disorders*, 20, 342–352. doi: 10.1016/j.janxdis.2005.02.007.
- Weaver, K., Campbell, R., Mermelstein, R., & Wakschlag, L. (2008). Pregnancy smoking in context: The influence of multiple levels of stress. *Nicotine & Tobacco Research*, 10 (6), 1065-1073. doi: 10.1080/14622200802087564.

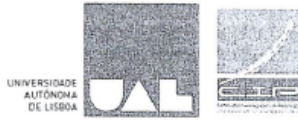
- Webster, J., Nicholas, C., Velacott, C., Cridland N., & Fawcett, L. (2011). Quality of life and depression following childbirth: impact of social support. *Midwifery*, 27 (5), 745-749. doi: 10.1016/j.midw.2010.05.014.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1988). Maternal depression and its relationship to life stress, perceptions of child behavior problems, parenting behaviors, and child conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 299–315.
- Weiner, B., Graham, S. & Chandler, C. (1982). Pity, anger and guilt: An attributional analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 8, 226-232. doi: 10.1177/0146167282082007.
- Weisman, O., Granat, A., Gilboa-Schechtman, E., Singer, M., Gordon, I., Azulay, H., et al. (2010). The experience of labor, maternal perception of the infant, and the mother's postpartum mood in a low-risk community cohort. *Archives of Women's Mental Health*, 13 (6), 505–513. doi: 10.1007/s00737-010- 0169-z.
- Weisman, C., Hillemeier, M., Chase, G., Misra, P., Chuang, H., Parrott, R., et al. (2008). Women's perceived control of their birth outcomes in the Central Pennsylvania Women's Health Study, implications for the use of preconception care. *Women's Health Issues*, 18, 17–25. doi: 10.1016/j.whi.2007.08.001
- Wenzel, A., Haugen, E., Jackson, L., & Brendle, J. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Journal of Anxiety Disorders*, 19 (3), 295-311. doi: 10.1016/j.janxdis.2004.04.001
- Wenzel, A., Haugen, E., Jackson, L., & Robinson, K. (2003). Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 43-49. doi: 10.1007/s00737-002-0154-2
- Wenzel, A., & Stuart, S. (2011). *Anxiety in Childbearing Women: Diagnosis and Treatment*. Washington: American Psychological Association.
- Webster, J., Nicholas, C., Velacott, C., Cridland N., & Fawcett, L. (2011). Quality of life and depression following childbirth: impact of social support. *Midwifery*, 27 (5), 745-749. doi: 10.1016/j.midw.2010.05.014.
- Westdahl, C., Milan, S., Magriples, U., Kershaw, T. S., Rising, S. S., & Ickovics, J. R. (2007) Social support and social conflict as predictors of prenatal depression. *Obstetrics & Gynecology*, 110, 134–140. doi: 10.1097/01.AOG.0000265352.61822.1b

- Whisman, M., Davila, J., & Goodman, S. (2011). Relationship adjustment, depression, and anxiety during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Family Psychology*, 25 (3), 375–383. doi: 10.1037/a0023790.
- WHOQOL Group. (1998). Development of World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Williams, L. (1995). Association of stressful life events and marital quality. *Psychological Reports*, 76, 1115–1122. doi: 10.2466/pr0.1995.76.3c.1115.
- Wilson, D. (2017). Common discomforts of pregnancy vs. warning signs. *International Journal of Childbirth Education*, 32 (1), 4-8.
- Wilson, S. (1977). The use of ethnographic techniques in educational research. *Review of Educational Research*, 47, 245-265.
- Wisner, K., Sit, D., Hanusa, B., Moses-Kolko, E., Bogen, D., Hunker, D. et al. (2009). Major depression and antidepressant treatment: impact on pregnancy and neonatal outcomes. *The American Journal of Psychiatry*, 166 (5), 557-566. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08081170.
- Wisner, K., Stika, C., & Clark, C. (2014). Double duty: does epidural labor analgesia reduce both pain and postpartum depression? *Anesthesia & Analgesia*, 119 (2), 219-221. doi: 10.1213/ANE.0000000000000322.
- World Medical Association (2017). *WMA Declaration of Helsinki ethical principals for medical research involving human subjects*. Retirado de <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- World Health Association (2018). *Depression*. Retirado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- World Health Association (n.d.). *Frequently asked questions*. Retirado de <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>
- Woolhouse, H., Gartland, D., Mensah, F., Giallo, R., Brown, S. (2016). Maternal depression from pregnancy to 4 years postpartum and emotional/ behavioural difficulties in children: results from a prospective pregnancy cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 19 (1), 141-151. doi: 10.1007/s00737-015- 0562-8.
- Woolhouse, H., Gartland, D., Perlen, S., & Donath, S. (2014). Physical health after childbirth and maternal depression in the first 12 months post-partum: results of an Australian

- nulliparous pregnancy cohort study. *Midwifery*, 30 (3), 378-384. doi: 10.1016/j.midw.2013.03.006.
- Woolhouse, H., Perlen, S., Gartland, D., & Brown S. (2012). Physical health and recovery in the first 18 months postpartum: does cesarean section reduce long-term morbidity? *Birth*, 39 (3), 221–229. doi: 10.1111/j.1523-536X.2012.00551.x.
- Wu, J., Viguera, A., Riley, L., Cohen, L., & Ecker, J. (2002). Mood disturbance in pregnancy and the mode of childbirth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187 (4), 864–886. doi: 10.1067/mob.2002.127126
- Yalom, I., Lunde, D., Moos, R., & Hamburg, D. (1968). "Postpartum Blues" Syndrome. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 6 (23), 545-548.
- Yelland, J., Sutherland, G., & Brown, S. (2010). Postpartum anxiety, depression and social health: findings from a population-based survey of Australian women. *BMC Public Health*, 10, 771. doi: 10.1186/1471-2458-10-771.
- Yonkers, K., Wisner, K., Stewart, D., Oberlander, T., Dell, D., Stotland, N., et al. (2009). The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *General Hospital Psychiatry*, 31 (5), 403-413. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181ba0632.
- Zadeh, Z., Jenkins, J., & Pepler, D. (2010). A transactional analysis of maternal negativity and child externalizing behavior. *International Journal of Behavioral Development*, 34, 218–228. doi: 10.1177/0165025409350953.
- Zelkowitz, P., & Milet, T. (1996). Postpartum psychiatric disorders: their relationship to psychological adjustment and marital satisfaction in the spouses. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 575–582. doi: 10.1037//0021-843X.105.2.281.
- Zeng, Y., Cui, Y., & Li, J. (2015). Prevalence and predictors of antenatal depressive symptoms among Chinese women in their third trimester: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*, 15, 66. doi: 10.1186/s12888-015-0452-7.
- Zigmond, A. & Snaith, P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370. doi: 10.1186/1477-7525-1-29.

Anexos

Anexo I Folha de Apresentação de Estudo - Parte Quantitativa



Mãe			
-----	--	--	--

Apresentação do Estudo

"The effects of birth perception on marital and parental outcomes"

O presente estudo, intitulado *"The effects of birth perception on marital and parental outcomes"* (em português, «Os efeitos da percepção do parto sobre resultados/ aspectos maritais e parentais»), está a ser desenvolvido pelo CIP/UAL – Centro de Investigação em Psicologia, da Universidade Autónoma de Lisboa, em parceria com o Laboratório de investigação APEMAC da Universidade de Lorraine (França).

Tem como objectivo geral avaliar o impacto da experiência de parto e do período perinatal - experienciados tanto pela mulher como pelo homem – na qualidade dos futuros laços familiares. Pretende, especificamente, avaliar a dimensão do impacto da experiência de parto, na mulher, e de que forma a integração dum novo elemento, na família, pode influenciar aspectos da relação homem-mulher, como a qualidade da relação conjugal ou a resolução de problemas. Procura, ainda, averiguar o potencial efeito da vivência do parto sobre o funcionamento psicológico, essencialmente da mulher.

Trata-se de um estudo com várias etapas (i. e., longitudinal), que acompanha a família desde o período de gravidez (3º trimestre) até ao final do primeiro ano de vida do bebé.

Os resultados obtidos por esta investigação serão um contributo essencial para a reestruturação progressiva dos serviços de apoio à natalidade e às famílias, concorrendo ainda para o desenvolvimento de programas de acompanhamento das futuras mães e suas famílias, neste período delicado do ciclo de vida de uma família.

Anexo II Declaração de Consentimento Informado - Parte Quantitativa

Declaração de Consentimento Informado*

Eu, abaixo-assinado _____,

fui informada sobre os objectivos da Investigação “Os efeitos da percepção do parto sobre resultados/ aspectos maritais e parentais”, desenvolvida pelo CIP/UAL – Centro de Investigação em Psicologia, da Universidade Autónoma de Lisboa, em parceria com o Laboratório de investigação APEMAC, da Universidade de Lorraine,

Sei que neste estudo está prevista a realização de quatro aplicações de questionários, em datas determinadas (3º trimestre de gravidez; 6-8 semanas após nascimento; 8 meses após nascimento e 12 meses após nascimento) tendo-me sido explicado em que consistem. Para tal, autorizo a que nas datas previstas me contactem solicitando o preenchimento dos protocolos de investigação.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado, e autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

DATA, __/__/__

Assinatura da Participante

Assinatura do Investigador Responsável

* Este Consentimento Informado foi elaborado de acordo com as directrizes da Declaração de Helsínquia da OMS (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000; Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008, Fortaleza 2013)

Anexo III Questionário de Dados Pessoais T0 - Parte Quantitativa

Questionário de Dados Pessoais - Mãe

1. Dados da Mãe

Idade: _____ Escolaridade: _____ Estado Civil: Solteira ☐
Casada/ União fato ☐
Separada/ Divorciada ☐
Viúva ☐

Contacto telefónico: _____ Contacto email: _____

(estes contactos têm o propósito de enviar os protocolos de investigação, nos 3 momentos de aplicação após o nascimento do bebé. Finda a aplicação total, os contactos serão apagados. Garantimos a confidencialidade dos contactos, que não serão utilizados para qualquer outro fim)

2. Dados sobre a gravidez

De quantas semanas de gravidez está? _____ semanas

Para quando está previsto o parto? _____ (dia/ mês)

É a primeira gestação: Sim ☐ Não ☐ Se não, quantos filhos tem? _____

A gravidez está a decorrer:

Sem problemas ☐

Com alguns problemas ☐

Com muitos problemas ☐

Quais? _____

Está a realizar alguma formação de preparação para o parto? Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo, qual o curso/programa? _____ Duração: _____

Em caso negativo, decidiu não o fazer porque:

Já o fez anteriormente ☐

Não lhe parece necessário ☐

Gostaria de fazer mas não tem possibilidades ☐

Outra razão. Qual _____ ☐

Já estava no seu actual trabalho quando engravidou? Sim ☐ Não ☐

Preocupa-a a possibilidade de ser despedida por estar grávida? Sim ☐ Não ☐

Tipo de Vínculo com a Entidade Empregadora

Sem Termo ☐

Termo Certo ☐

Termo Incerto ☐

Prestação de Serviços ☐

Anexo IV Questionário de Dados Pessoais T1 - Parte Quantitativa

Questionário de Dados Pessoais - Mãe

1. Dados da Mãe

Idade: _____ Escolaridade: _____

Contacto telefónico: _____

Contacto email: _____

(estes contactos têm o propósito de enviar os protocolos de investigação, nos 3 momentos de aplicação após o nascimento do bebé. Finda a aplicação total, os contactos serão apagados. Garantimos a confidencialidade dos contactos, que não serão utilizados para qualquer outro fim)

2. Dados sobre o parto

Em que data nasceu o seu bebé? ____/____/____

Tipo de parto: Eutócito (via natural) ☐
Cesariana programada ☐
Cesariana de urgência ☐
Extração por *forceps* ☐
Extração a vácuo (ventosa) ☐
Outro _____ ☐

Quanto tempo demorou o trabalho de parto? _____ horas

Teve alguma medida de redução da dor? Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual? _____

O pai do bebé assistiu ao parto? Sim Não

Se não assistiu, alguma outra pessoa significativa assistiu ao parto Sim Não

Se sim, quem? _____

Ocorreu algum problema durante o parto? Sim Não

Se sim, qual _____

3. Dados sobre o bebé

Nascido às _____ semanas de gestação Sexo Feminino ☐ Masculino ☐

Peso ao nascimento: _____ Kg Altura ao nascimento: _____ cm

APGAR: _____

O seu bebé teve alguns cuidados especiais, quando nasceu? Sim ☐ Não ☐

Se sim, quais _____

Está a amamentar? Sim ☐ Não ☐

Se sim, é a única forma de alimentação do bebé? Sim ☐ Não ☐

Se já não amamenta, a decisão de parar foi sua ou foi ditada pelas circunstâncias?

Anexo V Inventário de *Coping* Diádico (ICD)

Inventário do *Coping* Diádico (ICD)

(Versão Portuguesa: Vedes, Nussbeck, Bodenmann, Lind, & Ferreira, 2013)

Esta escala destina-se a avaliar a forma como a senhora e o seu parceiro(a) lidam com o stresse. Por favor, indique a primeira resposta que achar mais adequada. Por favor, seja o mais honesta possível. Por favor, responda a cada item assinalando o caso apropriado, que corresponde à sua situação pessoal. Não existem respostas falsas.

Esta secção é sobre como comunica ao seu parceiro o seu *stresse*.

	Muito raramente	Raramente	Às vezes	Com frequência	Com muita frequência
1 Deixo o meu parceiro aperceber-se que eu aprecio o seu apoio prático, conselhos, ou ajuda.					
2 Quando tenho demasiadas coisas para fazer, peço ao meu parceiro que faça coisas por mim.					
3 Demonstro ao meu parceiro, através do meu comportamento, quando não ando bem ou quando tenho problemas.					
4 Digo abertamente ao meu parceiro como me sinto e que gostaria de receber o seu apoio.					

Esta secção é sobre o que o seu parceiro faz quando a senhora se está a sentir stressada.

	Muito raramente	Raramente	Às vezes	Com frequência	Com muita frequência
5.. O meu parceiro mostra-me empatia e compreensão.					
6 O meu parceiro expressa que está do meu lado.					
7 O meu parceiro culpa-me por não lidar suficientemente bem com o stresse.					
8 O meu parceiro ajuda-me a ver situações stressantes de outra forma.					
9 O meu parceiro ouve-me e dá-me oportunidade para eu comunicar o que realmente me incomoda.					
10 O meu parceiro não leva o meu stresse a sério.					
11 O meu parceiro dá-me apoio, mas fá-lo sem vontade e sem motivação.					
12 O meu parceiro faz coisas, que normalmente sou eu que faço, para me ajudar.					
13 O meu parceiro ajuda-me a analisar a situação para que eu consiga enfrentar melhor o problema.					
14 Quando estou demasiado ocupada, o meu parceiro ajuda-me.					
15 Quando estou stressada, o meu parceiro tende a afastar-se.					

Esta secção é sobre como o seu parceiro comunica quando ele se está a sentir stressado.

		Muito raramente	Raramente	Às vezes	Com frequência	Com muita frequência
16	O meu parceiro deixa que eu me aperceba que ele/ela aprecia o meu apoio prático, conselhos, ou ajuda					
17	O meu parceiro pede-me que faça coisas por ele/ela, quando tem demasiadas coisas para fazer.					
18	O meu parceiro demonstra-me, através do seu comportamento, que ele/ela não anda bem ou quando tem problemas.					
19	O meu parceiro diz-me abertamente como ele/ela se sente e que ele/ele gostaria de receber o meu apoio					

Esta secção é sobre o que a senhora faz quando o seu parceiro demonstra que está stressado.

		Muito raramente	Raramente	Às vezes	Com frequência	Com muita frequência
20	Sou empática e compreensiva para o meu parceiro.					
21	Expresso ao meu parceiro que estou do seu lado.					
22	Culpo o meu parceiro por não lidar suficientemente bem com o stresse.					
23	Digo ao meu parceiro que o seu stresse não é assim tão mau e ajudo-o a ver a situação de outra perspectiva					
24	Oio o meu parceiro e dou-lhe espaço e tempo para ele comunicar o que realmente o incomoda.					
25	Não levo a sério o stresse do meu parceiro.					
26	Quando o meu parceiro está stressado eu tendo a afastar-me.					
27	Dou-lhe apoio, mas faço-o sem vontade e sem motivação porque penso que ele deveria enfrentar os seus problemas por conta própria.					
28	Trato de coisas que normalmente seria o meu parceiro fazer, para o ajudar.					
29	Tento analisar a situação conjuntamente com o meu parceiro de forma objectiva, e ajudo-o a compreender e a mudar o problema.					
30	Quando o meu parceiro sente que tem demasiado para fazer, eu ajudo-o.					

Esta secção é sobre o que a senhora e o seu parceiro fazem quando ambos se estão a sentir stressados.

		Muito raramente	Raramente	Às vezes	Com frequência	Com muita frequência
31	Tentamos lidar juntos com o problema e procurar soluções apropriadas.					
32	Envolvemo-nos numa discussão séria sobre o problema e pensamos sobre o que tem de ser feito.					
33	Ajudamo-nos mutuamente a colocar o problema em perspectiva e a vê-lo de outra forma.					
34	Ajudamo-nos, um ao outro, a relaxar, fazendo coisas como massagens, tomar um banho juntos, ou ouvir música em conjunto.					
35	Somos carinhosos um com o outro, fazemos amor e tentamos, assim, lidar com o stresse.					

Esta secção é sobre como avalia o vosso *coping* (i.e., capacidade de lidar com o stresse) como casal.

		Muito raramente	Raramente	Às vezes	Com frequência	Com muita frequência
36	Estou satisfeita com o apoio que recebo do meu parceiro e com a forma como juntos lidamos com o stresse.					
37	Estou satisfeita com o apoio que recebo do meu parceiro e considero que como casal, a forma como lidamos juntos com o stresse é eficaz.					

Anexo VI Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

(Versão Portuguesa: Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses, & Baltar, 2007)

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto agora
- ☐ Só um pouco
- ☐ Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- ☐ Sim e muito forte
- ☐ Sim, mas não muito forte
- ☐ Um pouco, mas não me aflige
- ☐ De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto como antes
- ☐ Muito menos agora
- ☐ Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- ☐ Nunca
- ☐ Poucas vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

- ☐ Nunca
- ☐ Por vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:

- ☐ Completamente
- ☐ Não dou a atenção que devia
- ☐ Talvez cuide menos que antes
- ☐ Tenho o mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:

- ☐ Muito
- ☐ Bastante
- ☐ Não muito
- ☐ Nada

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto como antes
- ☐ Bastante menos agora
- ☐ Quase nunca

13. De repente, tenho sensações de pânico:

- ☐ Muitas vezes
- ☐ Bastantes vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de radio ou televisão:

- ☐ Muitas vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Poucas vezes
- ☐ Quase nunca

Anexo VII WHOQOL_BREF – Qualidade de Vida

WHOQOL_BREF – Qualidade de Vida

(WHO_QOL Group, 1998, Versão portuguesa: Serra A. V., Canavarro, M. C. Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. & Paredes, T., 2006)

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida. Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas. **Por exemplo**, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve por um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua	1	2	3	4	5

5 (F4.1)	Ate que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (FS.3)	Ate que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida e saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	E capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	M á	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
1S (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito(a) em relação a vários aspectos da sua vida nas duas ultimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto esta satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Ate que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Ate que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Ate que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Ate que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Ate que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Ate que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

A pergunta que se segue refere-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Anexo VIII Folha de Apresentação de Estudo - Parte Qualitativa

--	--	--	--

Apresentação do estudo

« *Coping* diádico, qualidade de vida, ansiedade e depressão: um estudo no âmbito da transição para a parentalidade »

O presente estudo, intitulado « *Coping* diádico, qualidade de vida, ansiedade e depressão: um estudo no âmbito da transição para a parentalidade » encontra-se inserido no âmbito de um estudo desenvolvido pelo CIP/UAL Centro de Investigação em Psicologia, da Universidade Autónoma de Lisboa com o tema «The effects of birth perception on marital and parental outcomes » (em português « os efeitos da perceção do parto sobre resultados/Aspetos maritais e parentais »).

Pretendemos, em termos gerais aprofundar o estudo da relação marital e de alguns aspetos psicológicos maternos, no contexto da transição para a parentalidade.

Os resultados obtidos nesta investigação são de contributo essencial para o entendimento da transição para a parentalidade assim como a importância da relação marital nesta fase tão importante do ciclo de vida da família.

Anexo IX Declaração de Consentimento Informado - Parte Qualitativa



--	--	--	--

Declaração de Consentimento Informado

Fui informada acerca dos objetivos da Investigação « *Coping* diádico, qualidade de vida, ansiedade e depressão: um estudo no âmbito da transição para a parentalidade » que se encontra inserido no âmbito de um estudo desenvolvido pelo CIP/UAL Centro de Investigação em Psicologia, da Universidade Autónoma de Lisboa com o tema «The effects of birth perception on marital and parental outcomes » (em português « os efeitos da perceção do parto sobre resultados/aspetos maritais e parentais »).

Foi-me explicado os objetivos da investigação, assim como a importância do contributo.

Foi-me dado a conhecer que o conteúdo áudio da entrevista será gravado.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação das participantes neste estudo são confidenciais.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização sobre este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado e autorizo a divulgação dos dados no meio científico garantindo o anonimato.

_____, ____/____/____

Assinatura da Participante

Assinatura do Investigador

Este consentimento informado foi elaborado de acordo com as diretrizes da Declaração de Helsínquia de 1964 da Associação Médica Mundial

Anexo X Questionário de Dados Demográficos & Questões de Entrevista - Parte Qualitativa



--	--	--	--	--

Questionário de Dados Pessoais

Idade: _____ Escolaridade: _____ Estado Civil: Solteira
Casada/ União fato
Separada/ Divorciada
Viúva

É o seu primeiro filho: Sim _____ Não _____
Semanas de vida do bebé: _____ semanas

Questões :

1) Como todo o processo desde a gravidez até hoje? Quais os seus principais medos, receios e apreensões? Pode falar-me como vivenciou desde a sua gravidez até hoje?

2) Durante todo este processo, vivenciou algum tipo de sintomas ou vivências negativas? Pode falar-me sobre isso?

3) Como percebe as mudanças na sua vida, em geral, com durante este processo? (individual, familiar, profissional, social, espiritual)

4) Pense na relação que tinha com o seu parceiro. Como evoluiu, durante a gravidez? E agora, sente-se que há diferenças? Pode falar-me sobre isso?

5) Sente que a sua relação com o seu parceiro teve influência naquilo que falámos antes? Como?

6) Tem mais alguma coisa que gostaria de acrescentar de que não tenhamos falado?