

UNIVERSIDADE
AUTÓNOMA
DE LISBOA



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA

ESPECIALIDADE EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE
ACONSELHAMENTO

**O Impacto da Frequência de Programas de Preparação para o Parto na
Ansiedade e na Depressão da Grávida: Um Estudo Exploratório**

Dissertação de Mestrado para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia

Autor: Fernando Manuel Pereira Maia
Orientadora: Professora Doutora Rute Brites
Número do candidato: 20141082

Fevereiro de 2018

Lisboa

“A psicologia da gratidão
deve ser vivenciada em todos os momentos da existência corporal.
Filha do amadurecimento psicológico, enriquece de paz e de alegria
todo aquele que a cultiva.”

(Divaldo Franco pelo Espírito Joanna de Ângelis)

Agradecimentos

O sentido da existência é a procura da felicidade. Quer acreditemos ou não numa religião, quer acreditemos nesta ou naquela religião, todos nós enquanto seres existenciais procuramos melhorar a nossa vida.

A cada instante vamo-nos atualizando, cada pensamento tem poder de transformação, cada palavra proferida pode modificar toda uma existência, cada gesto pode levar a uma direção diferente. A tendência atualizante é um constante movimento que dá continuidade à vida.

Eu acreditei, mesmo nesta caminhada nem sempre fácil, tantas vezes com uma sensação de solidão, que Deus me permitiu chegar até aqui, que com a sua bondade e amparo não me abandonou, não me deixou desistir, transmitindo-me sabedoria e capacidade para enfrentar todas as vicissitudes que fizeram parte do processo. Momentos valiosos, uns fáceis, outros difíceis, uns tristes, outros alegres, cada um especial. Foi uma experiência forte de aprendizagens que atravessou teorias, investigações e muito trabalho.

Nem todos têm a possibilidade de concluir uma formação superior, mas todos devem ser respeitados, pois cada Ser Humano é dotado de princípios e valores, da sua qualidade de espírito, esta sim, a verdadeira riqueza de cada um de nós.

Obrigado, Senhor, por esta oportunidade, por permitires que esta dissertação se concretizasse. Agradeço também todo o apoio, empenho e colaboração das várias grávidas que participaram neste trabalho de forma voluntária, pela disponibilidade e interesse demonstrado, pela forma colaborante e não menos participativa aquando do preenchimento dos questionários, pois sem a dedicação destas mulheres e futuras mães dificilmente seria possível a realização deste trabalho. A todos os responsáveis e colaboradores das várias entidades onde solicitei ajuda e que com grande liberalidade e generosidade se dispuseram a participar, nomeadamente: Centro de Saúde da Lapa (Enfermeira Olga Adaixo), Centro de Saúde Penha de França, Hospital CUF Descobertas – Parque das Nações e Centro de Saúde da Damaia (Enfermeira Carla Teixeira), a minha maior gratidão e reconhecimento pelo olhar atento e sensível, pelo tempo despendido por parte de todos vós que contribuíram para a corporificação deste trabalho, em especial, a Enfermeira Carla Teixeira que me orientou e apoiou durante os Cursos de Preparação para o Nascimento e Parentalidade realizados no Centro de Saúde da Damaia.

À minha colega Inês Ventura, que me ajudou na aplicação e recolha de dados um bem-haja pela tua amizade e dedicação nos momentos mais custosos.

À minha orientadora de dissertação, Prof.^a Doutora Rute Brites, os meus sinceros agradecimentos por todas as sugestões e disponibilidade, pelo apoio prestado, pela paciência, pelo empenho e prontidão que foram cruciais para ultrapassar as dificuldades sentidas ao longo deste trabalho.

Ao CIP – Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa – Luís de Camões, agradeço a oportunidade que me deu enquanto assistente de investigação no projeto intitulado “Os efeitos da perceção do parto sobre resultados/aspetos maritais e parentais”, um projeto desenvolvido pelo CIP, em parceria com o Laboratório de Investigação APEMAC da Universidade de Lorraine (França), sem dúvida uma equipa de investigação de excelência que não posso deixar de homenagear e agradecer, à coordenadora – Prof.^a Doutora Odete Nunes, e da qual fazem parte as Prof.^{as} Doutoras Mónica Pires, Rute Brites e o Professor Doutor João Hipólito, um muito obrigado pela vossa cordialidade, estímulo, compreensão e humanismo.

Agradeço ainda a todos os docentes da UAL, que nestes últimos anos foram também responsáveis pelo meu percurso até aqui, que contribuíram para o meu crescimento intelectual e emocional enquanto pessoa e aluno, nomeadamente ao Prof. Doutor Joaquim Monteiro, Prof. Doutor Carlos Calado, Prof. Doutor José de Magalhães, Prof. Doutor Manuel Sommer, Prof. Doutor António Mendes Pedro, Professor Doutor Raul Guimarães Lopes, Prof. Doutor Tito Laneiro, Mestre Fernanda Lencastre, Prof.^a Doutora Cláudia de Castro e Prof.^a Doutora Paula Pires, a todos o meu obrigado. Quero deixar ainda uma palavra de apreço à Dra. Luísa Ferreirinho pela sua eficiência e profissionalismo, pela paciência, rigor e disponibilidade prestados nas questões suscitadas.

Finalmente à minha família e amigos mais próximos:

Aos meus avós, pelos ensinamentos transmitidos, pelo vosso Doutorado em Amor.

Ao meu pai, pelo incansável apoio, por todos os sacrifícios feitos, por me ter acompanhado no terreno ao longo desta caminhada, pela sua escuta ativa, paciência e amizade.

À minha mãe, por todo o incentivo e preocupação, sempre disponível para ouvir e aconselhar.

Ao meu irmão, mais do que aparências semelhantes, somos amigos, somos cúmplices.

À Teresa Guerreiro, o meu grande apoio, quem sempre acreditou em mim, quem sempre esteve quando eu mais precisei, um porto de abrigo repleto de carinho e ternura.

À Fernanda Pinheiro, pela sua generosidade e amizade.

À D. Ana Perez, D. Ana Sousa e Sr. Francisco Roque, pela força e motivação transmitidas para que eu nunca desistisse.

A todos agradeço o incentivo, a compreensão e a tolerância que tiveram para com a minha pessoa ao longo de todo este processo. Eternamente grato.

Resumo

Embora os cursos de preparação para o parto sejam comuns, o seu impacto no estado emocional das grávidas e futuras mães não é muito estudado. Adicionalmente, os estudos existentes sobre este problema apresentam conclusões díspares, dividindo-se entre a afirmação e a negação de efeitos na saúde mental das grávidas, em especial no que respeita aos níveis de ansiedade e de depressão que elas eventualmente experimentam durante o período gestacional e cujas consequências se estendem por todo o período perinatal, e até à saúde mental da criança e da mãe. Esta indeterminação dos efeitos dos cursos de preparação para o parto nos níveis de ansiedade e de depressão percebidos pelas grávidas constituiu o *leitmotiv* para a realização do presente estudo. Para analisarmos estes hipotéticos efeitos aplicámos a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) a uma amostra de 422 grávidas, dividida entre as que frequentaram esses cursos e as que não os frequentaram.

Embora se observem modificações nas frequências e nos *scores* que caracterizam os níveis de ansiedade e depressão percebidos, os resultados encontrados mostram que essas modificações não revelam significância estatística, sugerindo, portanto, que os cursos de preparação para o parto não produzem efeitos nos níveis de ansiedade e depressão percebidos pelas grávidas, ainda que se verifique uma função preventiva bastante importante.

Palavras-chave: Grávidas; Ansiedade; Depressão; Cursos de preparação para o parto; Efeitos.

Abstract

Although the courses of preparation for childbirth are very common, their impact on the emotional state of pregnant and future mothers is not much studied. In addition, existing studies on this problem present disparate conclusions about these impacts, dividing between the affirmation and the denial of its effects on the mental health of pregnant women, especially regarding the levels of anxiety and depression that they eventually experience during the gestational period and whose consequences extend throughout the perinatal period and even to the mental health of the child and the mother. This indetermination of the effects of the courses of preparation for childbirth on the levels of anxiety and depression perceived by pregnant women constituted the leitmotiv for the accomplishment of the present study. To analyze these hypothetical effects we applied the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) to a sample of 422 pregnant women divided between those who attended these courses and those who did not attend them.

Although showing that there are changes in the frequencies and scores that characterize perceived levels of anxiety and depression, the results indicate that these changes do not reveal statistical significance, therefore suggesting, that the courses of preparation for childbirth have no effect on the levels of anxiety and depression perceived by pregnant women, even though there is a very important preventive function.

Keywords: Pregnant; Anxiety; Depression; Preparation for childbirth; Effectiveness.

Índice

Agradecimentos.....	III
Resumo.....	VI
Abstract.....	VII
Índice.....	VIII
Índice de Tabelas.....	X
Índice de Figuras.....	XI
Lista de Siglas.....	XII
 Introdução.....	 13
Parte I - Enquadramento Teórico.....	17
1.1. Gravidez e Maternidade.....	18
1.1.1. A gravidez e a maternidade: fatores que influenciam o bem-estar.....	19
1.1.1.1. Fatores fisiológicos.....	20
1.1.1.2. Fatores psicológicos.....	25
1.1.2. Perturbações psicológicas na gravidez.....	28
1.1.2.1. Ansiedade.....	31
1.1.2.2. Depressão.....	32
1.1.3. Benefícios da preparação para o parto na ansiedade e depressão da grávida e futura mãe.....	35
1.1.3.1. Transição para a parentalidade: da preparação para o parto à preparação para a maternidade.....	37
1.1.3.2. O impacto da preparação para o nascimento na ansiedade e na depressão da grávida e futura mãe.....	39
 Parte II – Metodologia.....	 42
2.1. Problema e hipóteses.....	43
2.2. Definição e operacionalização das variáveis.....	46
2.3. Objetivos	48
2.4. Materiais.....	48
2.4.1. Questionário sociodemográfico.....	48
2.4.2. Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS).....	49
2.5. Participantes.....	50
2.6. Procedimentos.....	52

Parte III – Resultados.....	54
3.1. Caracterização e problemas da/na gestação.....	55
3.2. Participação em cursos de preparação para o parto.....	58
3.3. Ansiedade e depressão na gravidez.....	60
3.3.1. Níveis de ansiedade e depressão percebidos.....	61
3.3.2. Impactos da frequência dos cursos de preparação para o parto.....	62
3.4. Correlações.....	67
3.5. Diferenças entre os grupos em estudo.....	68
 Parte IV – Discussão.....	 71
Conclusão.....	76
Referências.....	78
Anexos.....	88
Anexo 1. Declaração de Consentimento Informado	
Anexo 2. Questionário Sociodemográfico	
Anexo 3. Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)	
Anexo 4. Quadros Estatísticos	

Índice de Tabelas

Tabela 1. Operacionalização das variáveis (de critério e independente).....	47
Tabela 2. Scores e significados.....	50
Tabela 3. Distribuição da amostra segundo as características sócio-demográficas.....	51
Tabela 4. Problemas com a gravidez, relatados pelas grávidas.....	57
Tabela 5. Regime e duração dos cursos de preparação para o parto.....	59
Tabela 6. Scores totais.....	64
Tabela 7. Scores totais em cada uma das amostras independentes.....	65
Tabela 8. Diferenças de médias entre os grupos (frequência dos cursos).....	69
Tabela 9. Diferenças de médias entre os grupos em estudo (situação no emprego)...	70

Índice de Figuras

Figura 1. A transição para a maternidade enquanto processo de evolução dinâmica de estados psicológicos.....	29
Figura 2. Espetro de intervenção para as perturbações mentais.....	35
Figura 3. Modelo teórico, com definição das relações entre as variáveis e as respetivas hipóteses.....	45
Figura 4. Problemas no período de gestação (%).....	56
Figura 5. Frequência de cursos de preparação para o parto (%).....	58
Figura 6. Razões para não frequentar o curso de preparação para o parto.....	60
Figura 7. Níveis de ansiedade percebidos pelas grávidas.....	61
Figura 8. Níveis de depressão percebidos pelas grávidas.....	62
Figura 9. Diferenças de scores totais entre as duas amostras de grávidas.....	66
Figura 10. Média dos scores obtidos no conjunto dos itens de cada subescala de diagnóstico.....	67

Lista de Siglas

CIP – Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa – Luís de Camões

HADS – Escala Hospitalar da Ansiedade e da Depressão

OMS – Organização Mundial de Saúde

POC – Perturbação Obsessivo-Compulsiva

PSPT – Perturbação de Stress pós-traumático

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

Introdução

O presente estudo pretende analisar se a percepção do impacto provocado pelas modificações a nível físico e emocional que as mulheres grávidas sofrem ao longo do processo para a maternidade é influenciada pela frequência de cursos de preparação para o parto. Esse impacto será traduzido, fundamentalmente, na percepção de elevados níveis de ansiedade e de depressão.

Os elevados níveis de ansiedade e de depressão percebidos pelas grávidas são observados, especialmente, durante o período gestacional, com uma incidência média de entre 15 e 25% (Alderdice et al., 2013). Tomando o período perinatal na sua globalidade como unidade de análise, conclui-se igualmente que os impactos das alterações fisiológicas e emocionais se observam não apenas no bem-estar geral da mulher, mas também em indicadores obstétricos (Guardino & Schetter, 2014; Miller et al., 1999; Orr et al., 2007; Roy-Matton et al., 2011; Yanamandra & Chandharan, 2012) e neonatais (Madhavanprabhakaran et al., 2013; Misri et al., 2015; Olde et al., 2006; Paarlberg et al., 2006; Weissman et al., 2004), como, por exemplo, o peso da criança à nascença (Dolatian et al., 2016), e ainda na funcionalidade familiar (Zuckerman et al., 1989) e no comportamento e no desenvolvimento pessoal das crianças (Adams et al., 2014; Brummelte & Galea, 2015; DiPietro et al., 2006; Evans et al., 2001; RANZCOG, 2017; Schetter & Tanner, 2014).

As medidas aplicadas para reduzir ou mitigar os efeitos patológicos da ansiedade e da depressão na saúde e no bem-estar pessoal, familiar e social da futura mãe focam-se essencialmente no período final da gravidez (Alexander et al., 1990) e, por norma, incluem o seu companheiro (Antle, 1975; Greenhalgh et al., 2000; Matthey et al., 2004; Paulson & Bazemore, 2010). As intervenções são várias e apoiam-se essencialmente em técnicas e métodos não farmacológicos (Alderdice, et al., 2013), constituindo-se a preparação psicossocial como uma abordagem fundamental (Barlow et al., 2003; Matthey et al., 2004; Prince & Adams, 1990) que pode incluir igualmente o treino de preparação física para o parto (Krysa et al., 2016; Murphy-Black, 1990).

Um momento prévio fundamental para se enfrentar o problema e para se desenhar o tipo de intervenção mais adequado é o do diagnóstico (Romm, 2014). Este permite determinar com a maior clareza possível a existência ou a inexistência de sintomas de ansiedade e de depressão em níveis considerados como potencialmente patológicos que poderão influir no bem-estar e na saúde tanto da futura mãe como da criança, bem como, conforme foi referido, no seu bem-estar familiar e social (Matthey & Ross-Hamid, 2011).

Em concordância com estes pressupostos, para se gerir e desenvolver medidas que ajudem a mitigar os efeitos negativos da ansiedade e da depressão durante a gravidez na saúde mental da mãe e da criança, é necessário i) identificar o nível de risco de esses efeitos negativos se revelarem e ii) avaliar a eficácia das técnicas e dos métodos utilizados para diminuir ou mitigar esse risco. Por outras palavras, para se combater os efeitos negativos da ansiedade e da depressão da grávida sobre a sua saúde e a do seu bebé, é necessário realizar um diagnóstico da saúde mental da mãe, especificamente, no caso, dos seus níveis de ansiedade e de depressão durante o período situado a montante do parto, e desenhar um programa de intervenção ajustado que ajude a enfrentar a deteção de um nível de risco eventualmente elevado que possa provocar impactos negativos ao longo da última fase da gravidez e mesmo para além do parto.

Os programas mais comuns para gerir os níveis de stresse que podem provocar o aumento dos níveis de ansiedade e de depressão na grávida são, como se disse, de tipo não farmacológico (Alderdice et al., 2013; Goodman & Santangelo, 2011; Leis et al., 2009; Prinds et al., 2014). Este tipo de programas é também o preferido das futuras mães (Dennis & Chung-Lee, 2006).

Embora haja indicadores prometedores sobre os efeitos positivos destes programas na gestão dos níveis de ansiedade e de depressão, não há, contudo, resultados definitivos e inequívocos nesse sentido (Alderdice et al., 2013; Guardino & Schetter, 2014), apesar das exceções (e.g. Aznal et al., 2014; Devilata & Swarna, 2015), tendo-se registado efeitos positivos evidentes no que concerne à dor, por exemplo (Davim et al., 2009).

A indeterminação dos efeitos dos programas de intervenção não farmacológica na gestão dos níveis de ansiedade e de depressão na grávida é a razão principal de termos enveredado pela realização do presente estudo. O interesse pela investigação desta temática surgiu no contexto da nossa participação, enquanto assistente de investigação, no projeto intitulado “Os efeitos da perceção do parto sobre resultados/aspetos maritais e parentais”, que foi desenvolvido e implementado pelo CIP/UAL - Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa – Luís de Camões, em parceria com o Laboratório de Investigação APEMAC da Universidade de Lorraine (França), o qual nos permitiu contactar com a realidade de diferentes áreas e problemáticas relacionadas com a gravidez e a maternidade. Os resultados preliminares deste projeto, encontrados durante o processo da sua implementação, sugeriram a presença de uma relação entre os sintomas de ansiedade e depressão revelados pelas grávidas e o período gestacional, tornando-se importante investigar

se, no plano clínico, a frequência de programas de preparação para o parto tem repercussões ao nível da diminuição destes sintomas.

A indeterminação dos efeitos da frequência de programas de preparação para o parto nos níveis de ansiedade e de depressão na grávida continua a desafiar os investigadores, nomeadamente, na área da psicologia clínica (Guardino & Schetter, 2014), a estudarem a relação sugerida pelos vários estudos citados e pelos resultados do projeto referido entre essas duas variáveis de interesse (i.e., a *frequência de cursos* de preparação para o parto; e os principais *impactos das alterações fisiológicas e emocionais na saúde mental da mulher*, nomeadamente, a ansiedade e a depressão). O problema consiste em percebermos se os programas de preparação para o parto têm um impacto (i.e., ajudam a diminuir) nos níveis de ansiedade e de depressão percebidos pelas grávidas. Como foi sugerido, para investigarmos este problema teremos que diagnosticar o nível de risco de perturbação do bem-estar e da saúde mental das futuras mães, avaliando os níveis de ansiedade e de depressão percebidos. Em conformidade, podemos dividir o objetivo geral de perceber se os programas de preparação para o parto reduzem os sintomas de ansiedade e depressão nas grávidas em dois objetivos específicos: i) avaliar os níveis de ansiedade e de depressão percebidos pelas futuras mães; e ii) identificar os impactos da frequência de cursos de preparação para o parto nos níveis de ansiedade e de depressão percebidos pelas grávidas.

Seguindo esta lógica de indagação, o procedimento para atingir estes objetivos encontra-se estruturado em dois momentos principais. No primeiro, realiza-se um diagnóstico dos níveis de ansiedade e de depressão percebidos pelas grávidas. No segundo, analisa-se a relação entre a frequência de cursos de preparação para o parto e esses níveis. Estes dois momentos constituem a parte empírica do nosso estudo.

Em termos globais, a presente dissertação encontra-se dividida em três partes fundamentais. A primeira, de índole teórica, enquadra o problema de estudo, salientando os/as conceitos/variáveis cuja articulação formará o modelo de análise, e cujas hipotéticas relações serão testadas na fase empírica. Por definição, a identificação dos conceitos e das relações entre estes remete para a operacionalização do problema de estudo, incluindo, assim, a metodologia adotada. Após o enquadramento teórico do problema e a sua operacionalização metodológica surge o segundo momento, dirigido exclusivamente à dimensão empírica, a qual é dividida nos dois momentos de investigação prática e num momento de teste de hipóteses, sendo que os primeiros dois são dirigidos ao cumprimento de cada um dos objetivos específicos do estudo, conforme foi exposto acima. A parte prática de apresentação e análise dos resultados é, portanto, constituída por três capítulos. Finalmente, num quarto

capítulo serão discutidas as implicações teóricas e práticas dos resultados encontrados na parte empírica, comparando-se estes resultados com os que foram encontrados em outros estudos sobre o mesmo problema e que serviram de apoio ao enquadramento teórico inicial. A dissertação é rematada com uma conclusão, onde se realiza um balanço sucinto da investigação e se reflete sobre a sua eventual contribuição para ajudar a compreender o problema de estudo, assim como sobre as limitações dessa contribuição.

Parte I – Enquadramento Teórico

1.1. Gravidez e Maternidade

A gravidez e a maternidade são eventos que provocam alterações fundamentais e irreversíveis na vida da mulher e na daqueles que a rodeiam. Durante estes eventos, em especial durante o período perinatal, a mulher vai constatando e experimentando essas alterações na globalidade da sua vida.¹ Ela experimenta alterações importantes a nível fisiológico e psicológico que se refletem na sua aparência e até no seu estatuto social. Todas estas transformações ocorrem em simultâneo (Leifer, 1980) e marcam, de forma indelével, um estágio da vida da mulher em que ela passa a desempenhar uma função antropológica essencial – pela sua implicação ativa na reprodução da espécie – à qual vão sendo associadas atitudes sociais e culturais que podem compreender situações de apoio total, como no caso do envolvimento saudável da família e dos profissionais de saúde, assim como situações de desapoio, como em casos em que a grávida ou a recente mãe passa a ser alvo de atitudes, estereótipos e comportamentos discriminatórios, por exemplo, no contexto da procura e/ou da manutenção de emprego. Todas estas situações, experiências e sentimentos pelos quais a grávida e a recente mãe passam, refletem a dimensão holística das mudanças provocadas pela gravidez e pela maternidade na sua vida e na vida dos respetivos grupos e redes dos seus outros significativos. Por conseguinte, salienta-se aqui o facto de a gravidez e a maternidade deverem ser entendidas como eventos bio-sócio-culturais (Chodorow, 1978).

As atitudes que oscilam entre o apoio total e a discriminação refletem apenas o aspeto sociocultural da ambivalência da condição da grávida e da recente mãe. No âmbito biológico e fisiológico assiste-se a um outro tipo de ambivalência. Se, por um lado, estar grávida ou ser

¹ Embora a nossa intenção seja focar a investigação na fase gestacional, a identificação, constatada na fase da consulta das investigações empíricas encontradas, da existência de uma estreita relação entre os elevados níveis de ansiedade e de depressão detetadas durante a gravidez e os impactos na saúde e no bem-estar no pós-parto, tanto para a mãe como para a criança, bem como o seu impacto no equilíbrio familiar e social, levaram-nos a concluir que a truncagem teórica do *continuum* do problema de estudo pelo momento do parto/nascimento destituiria o mesmo de uma das suas principais características: o reflexo dos elevados níveis de ansiedade e de depressão da grávida no bem-estar da mãe e no desenvolvimento pessoal da criança. Concretamente, enquanto em termos práticos, a amostra a estudar é limitada às grávidas, e por isso incide na fase gestacional é dentro do âmbito teórico mais amplo do período perinatal que os resultados devem ser entendidos, dado que, no que aos impactos das perturbações sentidas pela grávida na sua saúde mental diz respeito, eles são especialmente significativos neste contexto. Em síntese, embora empiricamente, o presente estudo incida no período gestacional, teoricamente, ele assume sentido no contexto do período perinatal. Os especialistas não estão em total acordo sobre a definição do período perinatal, encontrando-se divididos acerca da sua delimitação temporal. A delimitação que consta na versão 10 da Classificação Internacional de Doenças e que é adotada pelo Ministério da Saúde português, define que o período perinatal “inicia-se antes do nascimento e termina com o 28.º dia de vida (inclusivê)” (vide: http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Per%C3%ADodo_perinatal) e a que consta no Dicionário de Termos Médicos da Porto Editora refere que o período perinatal estende-se entre a 28ª semana de gestação e sete dias após o parto (vide: *perinatal* in Dicionário infopédia de Termos Médicos, <https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/perinatal>). Enquanto a primeira delimitação não é clara quanto ao início do período perinatal, a segunda reduz em cerca de três semanas o limite final do mesmo.

mãe são condições que refletem uma saúde fundamental da mulher, transmitida pela capacidade do seu corpo gerar e dar à luz uma nova vida, por outro lado, as transformações que acontecem devido a estas condições são por vezes entendidas e confundidas com um quadro patológico (Rosengren, 1961, 1962). Esta ambivalência na percepção sociocultural da condição bio fisiológica da gravidez, em especial, reflete-se em avaliações, que aparecem, por vezes, em simultâneo e que qualificam a gravidez ora como estado normal ora como estado patológico. A dificuldade da distinção entre o normal e o patológico é um problema clássico em ciências médicas (p.ex. Canguilhem, 1966) que, no caso da gravidez e da maternidade, pode provocar confusão entre sinais e sintomas apropriados e inapropriados nestas condições. Algumas condições normalmente sintomáticas de patologia podem, no quadro da gravidez, ser de facto situações normais e expectáveis, daí que seja necessário conhecer os efeitos das alterações fisiológicas no corpo e na mente da mulher para se poder perceber se eles são, de facto, indicadores de estados patológicos. A interação entre fatores biológicos e fatores psicológicos é estreita e desenha necessariamente o quadro perante o qual o profissional de saúde se deparará em cada caso concreto e, por correspondência, o tipo de atividades e práticas que ele deve implementar perante esse quadro. Por isso, para lidar com os efeitos potencialmente provocadores de perturbação psicológica na vida da grávida, é fundamental considerarmos as alterações a nível físico e a nível psicológico que a futura mãe experimenta. Nesta ideia estão contidas três linhas de raciocínio concomitantes e que exploraremos nos pontos seguintes. São elas: (1) os fatores fisiológicos e psicológicos que influenciam a gravidez, (2) as perturbações psicológicas na gravidez e (3) o papel dos programas de preparação para o parto para ajudar as futuras mães a prevenir e/ou a lidar com estas perturbações.

1.1.1. A gravidez e a maternidade: fatores que influenciam o bem-estar.

A gravidez e a maternidade são produtos de motivações situadas a montante, muitas das vezes, avaliadas previamente à concepção. As motivações podem ser de ordem natural ou cultural, sendo que, na primeira interferem questões como o instinto maternal e estamos, portanto, perante um motivo biológico. Por outro lado, as motivações de ordem cultural indicam que a maternidade é uma opção ponderada face às condições pessoais e sociais que descrevem a futura mãe e o contexto sociocultural em que vive (Chodorow, 1978). Independentemente da forma que as motivações culturais assumam, a gravidez e a maternidade estão sempre de algum modo dependentes das regras e das situações concretas

em que o “acasalamento” acontece, que, tanto umas como as outras, são produtos de ideologias subjacentes à organização social e às práticas dos agentes – mãe e pai – implicados na sua concretização. A interferência de fatores situacionais, socioculturais e psicológicos é uma evidência (Leifer, 1980).

Para além das condições prévias que motivam a gravidez e a maternidade, há fatores físicos e psicológicos que interferem no bem-estar da mãe, do feto/bebê, do outro progenitor e do círculo familiar mais amplo em que esses eventos têm lugar, que estendem o produto daquele “acasalamento” à escala mais abrangente das relações familiares e interpessoais.

1.1.1.1. Fatores fisiológicos.

A gravidez “está associada a profundas mudanças a nível anatómico, fisiológico, bioquímico e endócrino que afetam múltiplos órgãos e sistemas” (Yanamandra & Chandraharan, 2012, p. 1). O objetivo destas alterações é ajudar a mulher a adaptar-se à maternidade a ajudar e criar condições para o feto sobreviver (Yanamandra & Chandraharan, 2012). Em geral, as mudanças fisiológicas dão-se logo a partir da conceção e prolongam-se até após o parto, deixando apenas efeitos residuais (Soma-Pillay et al., 2016).

As alterações estão sobejamente documentadas. Devido à natureza do presente trabalho, apontaremos apenas as mudanças mais significativas focadas pela literatura especializada. As principais mudanças observam-se a nível hematológico e ao nível dos sistemas cardiovascular, respiratório, renal, gastrointestinal e endócrino. Os próximos parágrafos resumem os principais indicadores consultados na literatura sobre o assunto.

As mudanças a nível hematológico revelam-se de forma mais visível no aumento do volume de plasma e da consequente redução da proporção de hemoglobina, uma vez que, embora também aumente o número de glóbulos vermelhos, este aumento não é tão significativo como o do plasma (Soma-Pillay et al., 2016). Desta alteração decorre a típica anemia da gravidez. O aumento do volume de plasma varia e intensifica-se desde o primeiro trimestre de gravidez, em que se situa nos 15%, até atingir o pico às 32 semanas, quando o aumento é de 50%. O valor volta ao nível pré-gravidez seis dias após o parto, sendo que, nas primeiras 24 horas pós-parto existe ainda um litro de plasma em excesso, no sistema da mãe (Yanamandra & Chandraharan, 2012). A anemia fisiológica revela-se, como se disse, pela alteração das proporções entre os volumes de plasma e de glóbulos vermelhos. Esta proporção vai sendo mais desigual no primeiro período de oito semanas de gravidez, quando

se regista igualmente uma redução no número absoluto de hemoglobina. Às 16 semanas, este número estabiliza para níveis prévios à gravidez.

Visto que as necessidades de ferro aumentam, porque é necessário irrigar dois sistemas sanguíneos, e porque este elemento é necessário para a produção de certas enzimas (Soma-Pillay et al., 2016), a anemia estabelece-se como o quadro fisiológico mais visível da gravidez logo a partir das primeiras semanas, a par do aumento do volume de plasma.

Adicionalmente, devido à degradação de alguns fatores do plasma (fatores VII, VIII, IX e XII), altera-se o equilíbrio nos sistemas de coagulação, levando ao aumento da fibrinólise e à hipercoagulação, que se manifesta em estase venosa nos membros inferiores, e ao decorrente aumento de risco de trombose venosa (Soma-Pillay et al., 2016). Por esta razão, a gravidez é conhecida nos meios especializados como um estado *hipercoagulável* ou *protrombótico*. Juntamente com a degradação daqueles fatores plasmáticos, o aumento da fibrina é um dos principais fatores indutores deste estado, bem como o aumento de plaquetas no sangue, as quais têm importante função coagulante.

As mudanças no sistema cardiovascular incluem a deslocalização do miocárdio para cima e a sua rotação para a frente com deslocamento lateral do lado esquerdo (Yanamandra & Chandraharan, 2012). O volume do miocárdio aumenta, assim como a sua contratilidade (Soma-Pillay et al., 2016). Todos os sons emitidos pelo coração são aumentados e o primeiro é dividido, devido a uma contração prematura que altera o ritmo ectópico atrial e ventricular derivada de taquicardia sinusal a que, no ECG, corresponde uma depressão do segmento ST, que sinaliza o intervalo entre o fim da despolarização ventricular (complexo QRS) e o início da repolarização ventricular (onda T) podendo mesmo registar-se inversão desta onda, o que significa processo isquémico. Devido ao aumento da massa muscular dos ventrículos, e ao correspondente aumento da quantidade de sangue bombeado, o murmúrio sistólico aumenta significativamente, enquanto o diastólico se torna perceptível apenas ocasionalmente. O aumento do fluxo sanguíneo deve-se à vasodilatação periférica e ao aumento da área de irrigação, incluindo o desvio (Yanamandra & Chandraharan, 2012) da placenta, e, por sua vez, esta vasodilatação origina uma quebra da pressão sanguínea reduzindo a resistência vascular sistémica e, com isso, aumentando o risco de crise cardíaca. Durante o parto, este risco é particularmente importante, uma vez que, em posição supina, a pressão do útero sobre a veia cava inferior diminui o retorno venoso ao coração, provocando situações de quebra de volume sistólico e no desempenho cardíaco em geral. A quebra da resistência vascular é um dos mecanismos de adaptação mais comuns na gravidez e torna-se especialmente presente por volta das seis semanas de gestação (Soma-Pillay et al., 2016, p. 90).

Em termos de regime, o número de pulsações aumenta em 15% até ao fim do primeiro trimestre de gestação e, sobre este aumento, acontece um novo aumento de 25% por altura do segundo trimestre, a partir do qual estabiliza. Este regime sofre acrescentos devido essencialmente ao já referido aumento do volume sistólico provocado pelo aumento da massa muscular dos ventrículos que é de 20% às nove semanas e de 30% no final do segundo trimestre, mantendo-se a partir daí (Yanamandra & Chandraharan, 2012). A hipertrofia ventricular é visível em ecocardiograma, especialmente do lado esquerdo do coração, que, às doze semanas, apresenta um aumento de 50%. Este aumento é acompanhado pelo aumento do tamanho das válvulas aórtica, pulmonar e mitral em valores situados entre 12 e 14%, no mesmo período.

As mudanças no sistema respiratório são observadas tanto a nível anatómico como a nível fisiológico. Anatomicamente, observa-se um ingurgitamento das mucosas nasal, faríngea e laríngea, o que provoca dificuldades na respiração nasal e alterações na voz. Observa-se ainda um aumento da circunferência da caixa torácica entre 5 e 7 centímetros, acompanhado de uma elevação de 4 centímetros do diafragma, o que provoca redução da capacidade pulmonar. A nível fisiológico, o sistema respiratório aumenta no volume de ventilação por minuto em cerca de 40% e de consumo de oxigénio em 18%. O volume tidal, ou seja, a quantidade de ar deslocado entre a inalação e a exalação sem esforço extra, aumenta gradualmente desde o primeiro trimestre até atingir mais 45% no final da gravidez, enquanto a capacidade funcional residual diminui entre 20% e 30% devido à redução de 25% no volume de reserva de expiração e de 15% no volume residual. Os valores da gasometria arterial também sofrem alteração em alguns parâmetros, embora no principal, o PaCO_2 , ou PCO_2 , ou a pressão parcial de gás carbónico no sangue, que mostra a eficácia da ventilação alveolar, se situe em níveis normais (Ouzounian & Elkayam, 2012).

As mudanças no sistema renal são igualmente observadas a nível anatómico e fisiológico. A nível anatómico, observa-se um aumento do tamanho dos rins em cerca de a cm de comprimento. Os cálices renais dilatam, assim como os uréteres. O nível de filtração glomerular, isto é, o volume e a concentração da água filtrada fora do plasma sanguíneo pelos rins, aumenta em cerca de 50%. Aumenta igualmente a clarificação de creatinina em 25% às quatro semanas e em 45% às nove semanas (Yanamandra & Chandraharan, 2012). Devido à quebra em 40% da resistência vascular, 85% do sangue que circula no corpo da grávida é venoso (Soma-Pillay et al., 2016), o que requer maior intensidade de filtração por parte dos rins.

O sistema gastrointestinal sofre igualmente alterações. As gengivas incham e sangram facilmente e regista-se um aumento de cáries. A pressão do esfíncter esofágico inferior pode baixar significativamente, provocando as típicas situações de náuseas e vômitos.

As alterações no sistema endócrino são muitas e em diversos locais. A alteração do metabolismo da glicose leva à resistência à insulina em situação idêntica à do diabético (Yanamandra & Chandraharan, 2012). O metabolismo dos hidratos de carbono também é alterado, devido ao aumento da produção das hormonas de estrogénio e de progesterona, que levam à hipertrofia das células beta no pâncreas e ao aumento da produção de insulina. Adicionalmente, a segregação de hormonas como o lactogénio placentário, a prolactina e o cortisol é aumentada nas grávidas.

Na tiroide, aumenta a síntese de tiroxina globulina pelo fígado e aumenta a concentração serosa das hormonas T3 e T4, levando à deficiência em iodina. A glândula pituitária aumenta em tamanho, devido ao aumento do número de células segregadoras de prolactina, levando ao aumento dos níveis de prolactina em 10 ou mesmo 20 vezes mais do que o normal. Na glândula adrenal, as concentrações de plasma CBG (globulina corticosteróide de ligação) elevam, aumentando, portanto, os níveis de cortisol e a formação de ácido láctico, que é um dos principais indicadores de stresse.

Devido às alterações hormonais e na função segregadora das diversas glândulas, a pele sofre algumas alterações importantes. Observa-se um aumento de pigmentação em 90% das mulheres, especialmente nos mamilos, na auréola, no períneo e na vulva. Na barriga desenha-se uma linha hiperpigmentada que se estende da sínfise púbica ao esterno xifóide, conhecida como *linea nigra*, a qual desvanece após o parto, mas que nunca desaparece totalmente. Na face, observa-se melasma em mais de 70% das mulheres e aparecem nevos arâneo ou aracnóides tanto na face como no tronco e nos braços, especialmente nas fases iniciais da gravidez e que regridem após o parto, mantendo-se, contudo, em cerca de 25% das mulheres (Yanamandra & Chandraharan, 2012).

Regista-se ainda a presença de estrias (*striae gravidarum*) na barriga, as quais podem desvanecer após o parto, mas não desaparecem. Observa-se também a ocorrência de eritema palmar, devido ao elevado nível de estrogénio, em cerca de 70% das mulheres, por altura do primeiro trimestre, que desvanece após a primeira semana depois do parto (Yanamandra & Chandraharan, 2012).

Para além das alterações referidas, outras há que são inevitáveis na mulher grávida e na recente mãe, como, por exemplo, o aumento de tamanho e da forma do útero e a sua deslocalização para cima. Ao aproximar-se a hora do parto, aumenta a contratilidade do útero

e dos músculos cervicais. Os seios também aumentam, preparando-se para o aleitamento do bebê. O sistema músculo-esquelético sofre várias alterações, especialmente devido ao aumento de peso do corpo que leva à deslocação do centro de gravidade para a frente, aumentando a curva lombossacral, levando à lordose, que é compensada a nível da região cervicodorsal, pela flexão anterior da cabeça. Como resultado deste processo, as curvas dorsais e as lombares sofrem uma acentuação e a marcha da grávida sofre alterações. As estruturas musculares e ligamentares do meio e da parte inferior da coluna são expostas a esforços acrescidos o que pode provocar dores e desconforto (Lowdermilk, 2006).

Todas estas mudanças são em grande medida resolvidas naturalmente após o parto em gravidezes sem complicações. Porém, devido a esta “sintomatologia somática” (Leifer, 1980), as mulheres têm a tendência a recorrer aos médicos para as acompanhar na monitorização dos sinais e dos sintomas, adotando um papel social específico conhecido desde T. Parsons como *sick role* (Lorber, 1975; Parsons, 1951; Rosengren, 1962). Esta adoção não está imune às tais pressões sociais e culturais que foram invocadas no início do presente capítulo (Lee, 1997). Na verdade, Rosengren (1962) já havia notado que as mulheres que mais tendência têm para adotar o *sick role* são as “socialmente móveis”, isto é, as que decidem com autonomia sobre os procedimentos a adotar durante a gravidez. Porém, o envolvimento ou a participação dos parceiros das grávidas nesse papel não é um aspeto estranho (Adeniran et al., 2015). Pelo contrário, o envolvimento dos progenitores masculinos ou outro tipo de parceiros da mulher grávida no *sick role* está bem descrito e demonstrado. Os *pais expectantes* ou que estão *de esperanças* (Antle, 1975; Arndt, 2001) costumam envolver-se prática e psicologicamente no processo da gravidez e do parto e partilham das preocupações e mesmo das sensações das mulheres grávidas, como é simbolizado pelos sintomas somáticos que os pais experimentam semelhantes aos experimentados pelas mães, a que se resolveu chamar *síndrome da couvade*, em alusão ao ritual descrito pelo antropólogo E.B. Tyler em 1865 (Antle, 1975; Clinton, 1986; Glazer, 1989; Lamb & Lipkin, 1982; Teichman & Lahav, 1987). No final, os pais, como as mães, acabam por assinalar uma mudança de estatuto que não se reflete apenas nos sintomas somáticos, mas igualmente nas transformações emocionais e psicológicas que acompanham a passagem para o novo estatuto marcado pela parentalidade (Smith, 1991; Adeniran et al. 2015). As respostas emocionais à gravidez acontecem assim como consequência de uma postura em questão do sentido dessa mudança de estatuto (Bailey, 1999; Prinds et al, 2014; Rogan et al., 1997; Rubin, 1984; Weaver & Ussher, 1997).

1.1.1.2. Fatores psicológicos.

O levantamento da questão sobre o sentido da mudança de estatuto acontece geralmente na fase prévia à concepção e é durante essa reflexão que a mulher e o seu eventual parceiro identificam e medem as motivações para a parentalidade em geral e/ou para a maternidade, no caso da mulher em particular (Parens, 1975; Redshaw & Martin, 2011; Stephenson et al., 2014). As motivações para a maternidade definem em grande medida o resultado do processo de gravidez e de nascimento do bebé. Pode dar-se o caso de as motivações revelarem problemas subjacentes que poderão levar à infelicidade e ao mal-estar nesse processo, como, por exemplo, a gravidez como forma de cimentar uma relação e/ou um casamento difícil, ou ainda como forma de reclamação de reconhecimento de responsabilidade, ou mesmo como meio para “curar” um processo neurótico (Bunevicius et al., 2009; Straker, 1954). O princípio na base deste argumento é o de que as dificuldades de personalidade previamente existentes podem ser acentuadas durante a gravidez (Deklava et al., 2015; Flores & Hendrick, 2002; Gurung et al., 2005; Klein et al., 1950, citada por Straker, 1954; Weissman et al., 1972; Zuckerman et al., 1989).

No caso de as motivações surgirem como técnicas de deslocamento ou de sublimação de situações problemáticas prévias, o sentido da gravidez e da maternidade será enquadrado em justificações que extrapolam o sentido puramente antropológico do nascimento, abrindo-se a hipótese de este ser visto como uma solução para um problema radicado no passado, e não como um novo acontecimento dirigido para o futuro (Dolatian et al., 2016; Mercer, 2004; Pancer et al., 2000).

As expetativas não concretizadas são um dos principais fatores psicológicos que influenciam a experiência da gravidez e da maternidade (Darvill et al., 2010; MacDonald, 1999). Este fator é mais importante no caso das primagrávidas e revela-se na forma de um resultado do confronto entre o que se esperava à partida e a experiência real que a grávida viveu (Adeniran et al., 2015; MacDonald, 1999; Pancer et al., 2000). Harwood et al. (2007) descobriram que a maior parte das expetativas das mulheres face à gravidez e à maternidade foram excedidas. Para além disso, estes autores concluíram ainda que as expetativas otimistas correspondem a maior satisfação, e, no plano contrário, as expetativas pessimistas revelam quadros sintomatológicos de depressão e de problemas de ajustamento relacional ao bebé. Os resultados encontrados por Harwood et al. (2007) vão ao encontro da hipótese de que as expetativas otimistas estão relacionadas com estados de espírito positivos e a comportamentos eficazes de adaptação e de ajustamento ao papel de mãe revelados pelo

vínculo criado com o bebê (Belsky & Nezworski, 1984; Bowlby, 1969; Gartstein & Iverson, 2014; Polan & Hofer, 2016). Em resumo, as expectativas influenciam os resultados percebidos, pela mãe, do processo de gravidez e de nascimento (Darvill et al., 2010) os quais, por seu turno, são coincidentes com as expectativas (Harwood et al., 2007).

O envolvimento (*engagement*) é outro fator psicológico que influencia os resultados da transição para a maternidade (Darvill et al., 2010)². O envolvimento significa o empenho na participação das experiências do crescimento do feto e do nascimento e desenvolvimento da criança (Nelson, 2003). É um processo social básico relacionado com o crescimento e a transformação da pessoa, neste caso, da mulher grávida.

O processo de crescimento e transformação é um fator psicológico abrangente que descreve como a gravidez e a maternidade mudam a vida da mulher (Weaver & Ussher, 1997) e que se reflete em aspetos relacionados com as motivações prévias para a maternidade, isto é, para o passado, em aspetos da vivência presente da condição de grávida - o presente, e em aspetos de projeção do papel de mãe - o futuro. Ele relaciona-se, como se disse, com o *engagement*, com a expansão do *self* e com a mudança e a transformação constantes (Darvill et al., 2010). Numa meta-etnografia, Nelson (2003) identificou fatores psicológicos particulares que interferem no processo de crescimento e transformação, como (1) os compromissos – que incluem a tomada de decisão para a maternidade (e se referem, portanto, às motivações para a maternidade), o sentimento da ligação e do vínculo entre a mãe e o feto ou a criança, e a aceitação da responsabilidade; (2) a vida diária – que inclui a aprendizagem para a maternidade e o uso de modelos de papéis; (3) as relações – nomeadamente a adaptação da relação com o parceiro e com os familiares e amigos; (4) o *self* – na sua perceção do passado, do autoconceito e do tornar-se mãe; e (5) o trabalho – que inclui a tomada de decisão de retornar ao trabalho, a regulação do tempo disponível até voltar ao trabalho e a gestão do equilíbrio trabalho-família.

Um outro fator psicológico que influencia os resultados da transição para a maternidade é a (falta de) preparação para o papel de mãe. Na sua revisão, Nelson (2003) observou que grande parte das mulheres grávidas não estavam preparadas para lidar com a maternidade. Após o nascimento, tinham muita dificuldade em gerir o esforço e sentiam-se exaustas física e psicologicamente. O período a seguir ao nascimento era marcado pela incerteza e pela oscilação emocional. Este aspeto é particularmente importante no presente

² A transição para a maternidade “começa no estágio inicial da gravidez e não está completa até após a mãe se sentir que reganhou algum controlo sobre o seu ambiente interno e externo, o que acontece possivelmente após um tempo considerável a seguir ao nascimento” (Darvill, 2010, p. 360).

trabalho, uma vez que ele incide no estudo sobre a necessidade e os efeitos da preparação para a maternidade. Sentimentos de exaustão, de perda de controlo, de impreparação, de perda, de solidão e de consciencialização das novas exigências são comuns nas recentes mães (Barclay et al., 1997).

Darvill et al (2010) descobriram que os fatores psicológicos que influenciam a transição para a maternidade se agregam na categoria abrangente das mudanças no auto-conceito da grávida/mãe. De acordo com estes autores, três temas descrevem esta categoria: o controlo, o apoio e a formação de uma família. Estes temas remetem para aspetos particulares da autoperceção das grávidas/mães. No que se refere ao controlo, as mulheres referiam que perdiam o controlo sobre o seu corpo, sentindo-se mais vulneráveis e, por isso, agiam de forma a defender e a proteger o feto/bebê. Este sentimento era detetado logo desde o primeiro trimestre de gravidez e é indicador de uma transição de um estado em que as mulheres se viam como “saudáveis e em forma e que perderam o controlo sobre o seu corpo devido à sobrecarga dos sintomas físicos da gravidez” (Darvill, 2010, p. 360). As mulheres viram a sua autoimagem alterar-se e mudaram o foco de interesse/preocupação de si próprias para o feto. No que respeita ao apoio, as mulheres “pareciam inseguras sobre as suas capacidades e procuravam apoio nos seus parceiros para eles lhes incutirem coragem” (Darvill, 2010, p. 360). As mulheres recorriam ao apoio tanto do parceiro como da sua própria mãe e das mulheres que se tinham tornado mães há pouco tempo. Finalmente, relativamente ao tema da formação de uma família, “as mulheres reconheciam que o ato de dar à luz transforma-as e aos seus parceiros, que agora deixavam de ser meros indivíduos ou casal para se tornarem nos fundadores de uma família” (Darvill, 2010, p. 360).

No geral, o êxito do processo de transição para a maternidade – para além dos aspetos puramente somáticos – passa por gerir o processo de crescimento e transformação da mulher ao longo do qual ela vai experimentando sentimentos e condições que a forçam a rever-se a si própria e a construir uma outra abordagem sobre as relações interpessoais, incluindo com o novo elemento que se anuncia. Em última análise, é nos resultados desta gestão que se revela o grau de envolvimento da mulher no novo papel que está em vias de assumir: o de mãe. Straker (1954) polarizava este “assumir do papel de mãe” no polo da atitude cooperativa e no da atitude não cooperativa, qualificando a primeira como “normal” e a segunda como “patológica”. O indicador central que Straker tinha em mente para medir esta (in)conformidade com o papel de mãe é a ansiedade demonstrada como resultado do sentido que a grávida atribui à sua experiência (Straker, 1954, p. 510). A tese é a de que a ansiedade durante a gravidez é normal, mesmo em condições ótimas, uma vez que ela indica um

processo de adaptação à nova condição, revelado em respostas naturais (leia-se, ecológicas) de stresse, como oportunamente demonstrou Selye (1936). No caso da mãe não cooperativa, a ansiedade atinge níveis elevados assumindo-se como um indicador de experiência traumática (Straker, 1954, p. 510). O próximo ponto foca alguns aspetos fundamentais desta reação patológica à gravidez e à transição para a maternidade.

1.1.2. Perturbações psicológicas na gravidez.

A transição parental é a via pela qual se interioriza o novo estatuto, e revela-se na realização de tarefas que permitem atingir o papel de mãe (Rubin, 1967), cumprindo-se a feminilidade na sua plenitude (Choi et al., 2005). O modo como essa interiorização é concretizada está relacionado tanto com um dado estilo cognitivo (Rubin, 1970, 1984) como com um contexto social específico (Wrede et al., 2006). Assim sendo, do modo como a confluência destes dois níveis – cognitivo e social – é gerida resultará o modo como a mulher faz a transição psicológica para a maternidade (Darvill et al., 2010).

A mulher grávida é simultaneamente vista como forte e poderosa, devido à demonstração de fertilidade e de plenitude identitária, e como vulnerável e frágil, devido ao facto de não poder desempenhar em pleno todas as tarefas quotidianas que normalmente desempenhava, estimulando uma atitude indulgente por parte dos outros. Se é certo que, tradicionalmente, se lidava com estas limitações funcionais de forma mais austera do que hoje, também é certo que, tal modificação de atitude revela que os fatores sociais que influenciam o modo como a mulher responde à sua gravidez mudam ao longo do tempo, mostrando que a gravidez também é uma construção social (Sutherland, 1997). Isto significa que não se pode ignorar o contexto social no qual as respostas da mulher à gravidez são realizadas (Kitzinger, 1978; Wrede et al., 2006). Ao longo desta realização são envolvidos agentes, instituições e avaliações e perceções pessoais que acabam por determinar o que a gravidez é ou vai ser. Esta dimensão concreta da gravidez na vida diária da grávida e dos que a rodeiam refletirá o grau de adaptação aos desafios e às transformações que a gravidez impõe e/ou suscita. No final, estaremos perante o produto da adaptação e do ajustamento da mulher grávida à maternidade, que Dana Breen (1975, citada por Leifer, 1980, p. 759) considera ser o principal objetivo a atingir ao longo de todo o processo de gravidez.

Quando não se verifica a adaptação ou o ajustamento significa que a transição psicológica não foi bem-sucedida e que a mulher não conseguiu atingir o patamar de maturidade que a maternidade implica e representa, sendo o falhanço normalmente “atribuído

à incapacidade da mulher resolver os conflitos intrapsíquicos” (Leifer, 1980, p. 763). Por sua vez, como foi referido, estes conflitos intrapsíquicos são naturais, pois que fatores como o stresse, a ansiedade e a depressão são recorrentes na gravidez, por força das grandes alterações que a grávida experimenta, quer a nível fisiológico/bioquímico, quer a nível social e interpessoal, sendo que, neste último caso, a grávida vê alterarem-se as estruturas das relações sociais e afetivas anteriores, devido à “intromissão” de um novo elemento na rede relacional mais restrita (Affonso & Mayberry, 1990). Também neste nível interpessoal a gravidez “gera desequilíbrios significativos” (Leifer, 1980, p. 762).

O processo de nascimento de um novo indivíduo é naturalmente traumático (Rank, 1929). Por conseguinte, o medo do parto, ou tocofobia (Hofberg & Brockington, 2000, Hofberg & Ward, 2003, Hofberg & Ward, 2004; O’Connell et al., 2015) aparece como um dos principais fatores de desenvolvimento de perturbações psicológicas na gravidez. Estas perturbações são reflexos de estados psicológicos que podem ter sido mal geridos ao longo do processo de transição para a maternidade. Por seu turno, estes estados psicológicos “aparecem de forma dinâmica e mudam em natureza, mostrando uma tendência de aumento de sintomas durante a gravidez seguidos de um declínio após o nascimento” (Lee et al., 2007, p. 1103). É neste quadro que a transição para a maternidade pode ser entendida como uma crise em desenvolvimento progressivo, com o seu pico no parto (ver Figura 1).

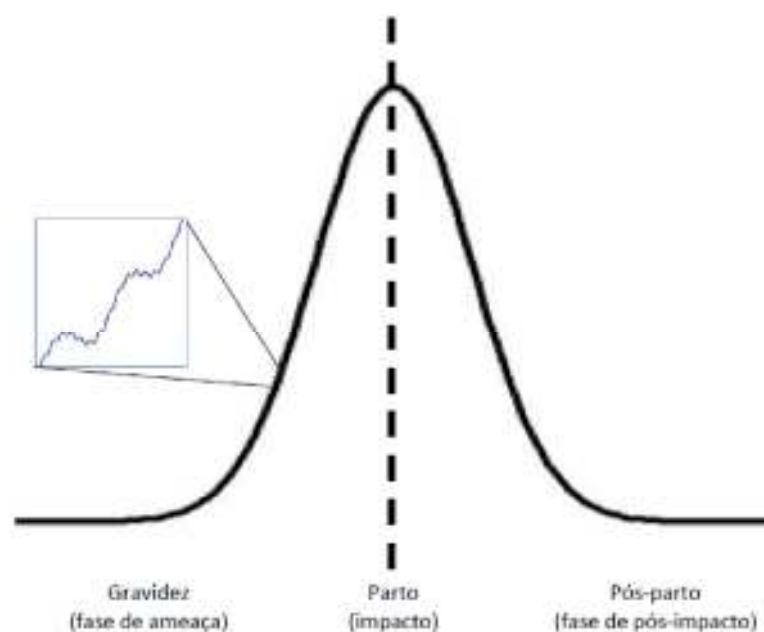


Figura 1. A transição para a maternidade enquanto processo de evolução dinâmica de estados psicológicos (elaboração do próprio).

No desenho da curva de evolução dinâmica de estados psicológicos que ocorrem durante o processo de transição para a maternidade, procurámos articular a ideia promovida por Léon Chertok (citado por Doering & Entwistle, 1975), da gravidez como crise em desenvolvimento progressivo com o pico no nascimento, com a ideia de Doering e Entwistle (1975, p. 826) segundo a qual, nesse processo, a gravidez é percebida, pela grávida altamente ansiosa, como uma fase de ameaça, o parto como o momento de impacto da ameaça e o pós-parto como a fase de recuperação da gravidez e do parto. A fase de ameaça é sensivelmente tão longa como a fase pós-impacto. A duração desta última, assim como a percepção da ameaça e a gestão do impacto, varia de mulher para mulher, e, o que é significativo para o nosso estudo, variam, em potência, consoante o nível de preparação e educação da mulher. De acordo com esta perspetiva, quanto mais preparada estiver a mulher, maior noção terá do que acontecerá no momento do parto, o que, por sua vez, se reflete em reações mais positivas tanto ao nascimento como à presença da criança, gerindo-se e minimizando-se, assim, a percepção de ameaça (Doering & Entwistle, 1975, p. 825).

Acrescentámos igualmente a ideia presente em vários locais e explicitada por Darvill et al. (2010), segundo a qual o processo de transição para a maternidade é marcado por oscilações no estado emocional da futura mãe, conforme representado na ampliação da curva, na figura. Ambas estas últimas ideias – da gestão das fases, por via da aprendizagem da mãe, e da oscilação emocional que marca o processo de transição para a maternidade – serão revisitadas mais à frente, neste capítulo. Para já, importa conhecer melhor as perturbações psicológicas mais comuns no período perinatal.

As perturbações mais comuns neste período são a ansiedade e a depressão (Björk et al., 2015), cuja prevalência pode variar entre cerca de 10% e 20% (AWHOON, 2015, p. 687). Estas perturbações podem incluir “episódios de maior ou menor depressão e ansiedade e a sua presença pode prolongar-se para lá dos 12 meses após o nascimento da criança” (Björk et al., 2015, p. 39). As consequências da depressão e da ansiedade “são muitas das vezes mais severas no período perinatal do que durante outros períodos de vida [e] o suicídio neste quadro de perturbação psiquiátrica é a principal causa da morte das mães no Reino Unido, por exemplo, e incidem maioritariamente em mulheres brancas, casadas e empregadas que vivem em circunstâncias confortáveis” (Björk et al., 2015, p. 39). O impacto destas perturbações estende-se à relação mãe-criança e reflete-se em problemas na criação e manutenção do vínculo maternal, potenciando-se as hipóteses de exercício de abusos e de violência sobre a criança (Björk et al., 2015, p. 40). Como consequência, ao longo do seu desenvolvimento, as crianças vítimas deste desajustamento de vínculo poderão desenvolver

comportamentos de desadaptação e perturbações psicológicas que se podem prolongar pela sua vida, como, por exemplo, problemas de articulação da linguagem, de desenvolvimento cognitivo e mesmo de saúde física (Björk et al., 2015, p. 40).

Como se constata, as consequências das perturbações psicológicas na saúde mental e física tanto da mulher como da criança são inúmeras e em grande medida imprevisíveis, como no caso mais radical do suicídio da mãe, que acaba por também ser simultaneamente um aborto e/ou um infanticídio. A seriedade do problema constitui uma das razões fundamentais para se virar o foco da investigação sobre os impactos negativos das perturbações emocionais no processo para a maternidade da fase pós-parto para a fase perinatal (Austin, 2004).

1.1.2.1. Ansiedade.

“Todas as mães estão de algum modo ansiosas” (Anniverno et al., 2013, p. 259). Dado que “as flutuações nos níveis das hormonas sexuais durante o ciclo de vida da mulher são responsáveis pela modulação da ansiedade” (Santvana et al., 2005), e que, como vimos, esses níveis estão alterados durante a gravidez, é certo que esta oscilação se revelará no comportamento da grávida e futura mãe, como, por exemplo, através de manifestações de pânico (Santvana et al., 2005).

As perturbações a nível da ansiedade incluem problemas de ansiedade geral, ataques de pânico, perturbação obsessivo-compulsiva (POC), ansiedade social, fobias específicas, como a agorafobia ou a já referida tocofobia, e a perturbação de stresse pós-traumático (PSPT). Os estudos indicam que a prevalência destas perturbações é normalmente mais elevada durante a gravidez do que no período pós-parto. Algumas destas perturbações podem ainda ter origem em períodos anteriores à concepção (Kendell et al., 1987).

Os sintomas da ansiedade no período perinatal podem incluir: preocupação constante, nervosismo, ansiedade, fadiga, movimentos constantes das pernas, preocupações demasiadas com a vigilância ou com a atenção prestada ao bebé, alterações extremas de humor e disposição, pensamentos de preocupação em relação ao futuro ou visão catastrofista, insónia, distração e incapacidade de concentração, perturbações de apetite e do regime de sono, perda de memória. Fisicamente, as mulheres podem sentir-se preguiçosas e sentir afrontamentos, vómitos e náuseas (Anniverno et al., 2013, p. 260).

Os principais fatores de risco para desenvolver problemas de ansiedade no período perinatal incluem: história familiar de perturbações de ansiedade, história pessoal de

depressão ou ansiedade, perturbações da tiroide, estatuto socioeconómico baixo (Guardino & Schetter, 2014; Quinlivan et al., 2004), gravidez não planeada ou indesejada, stresse com o cuidado à criança, alterações de características de personalidade, como sentimentos de culpa, perfeccionismo, sentimento de incapacidade de atingir o objetivo e baixa autoestima (Anniverno et al., 2013, p. 261). Durante a gravidez são observados ainda outros correlatos da ansiedade, especialmente, a ocorrência de sintomas depressivos, a qualidade do apoio ou do suporte social, e, em menor medida, a idade da mãe da grávida (Hinz & Brähler, 2011; Littleton et al, 2007). Após o parto, outros fatores, como a duração do parto, o peso da criança à nascença (Adams et al., 2014), a anestesia e a idade gestacional no momento do parto são igualmente preditivas da ansiedade da mulher (Littleton et al., 2007).

Em termos gerais, a ansiedade sentida pela mulher no período pré-natal é mais fortemente associada a variáveis psicossociais como os sintomas depressivos e o apoio social. Em plano contrário, a associação da ansiedade com características sociodemográficas é apenas modesta (Hinz & Brähler, 2011; Littleton et al, 2007, p. 430) ou mesmo indeterminada (Guardino & Schetter, 2014).

A ansiedade durante a gravidez é preditiva da depressão pós-parto (Santvana et al., 2005). Na verdade, como temos vindo a constatar, a ansiedade e a depressão estão relacionadas (Austin, 2004).

1.1.2.2. Depressão.

O estudo da depressão no período de gravidez tem sido negligenciado e, por sua vez, o foco no período do pós-parto tem sido demasiadamente valorizado, uma vez que os valores registados nesta fase são similares aos encontrados na generalidade da população (Evans et al., 2001).

A depressão foi recentemente considerada pela Organização Mundial de Saúde como a principal causa de perturbações da saúde a nível mundial, afetando mais de 300 milhões de pessoas.³ A mesma organização define a depressão como um distúrbio mental cujos principais sintomas são a tristeza, a perda de interesse sobre as coisas, a apatia e a ausência de prazer, oscilações de disposição entre o sentimento de culpa e a reduzida autoestima e ainda a perturbação do regime de sono e a perda de apetite. Em comparação com outros comportamentos de desinteresse e de tristeza, os sintomas da depressão são mais fortes e

³ <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/world-health-day/en/>

revelam-se durante mais tempo, normalmente, acima de duas semanas. Em casos mais graves, os sentimentos de desinteresse levam ao isolamento e ao suicídio (Santvana et al., 2005).

Na mulher, a depressão incide especialmente durante a gravidez e no ano que segue o parto (RANZCOG, 2017). A depressão durante a gravidez pode ter implicações sérias na mulher e na criança e interfere necessariamente nas relações interpessoais em que a futura mãe está envolvida. É comum haver situações de conflitos relacionais e perda de competência para cuidar da criança (Santvana et al., 2005). Quando acompanhada de consumo abusivo de substâncias ilícitas, a depressão pode provocar situações de incompatibilidade com o ambiente necessário para o desenvolvimento do feto e, mais tarde, da criança (Bunevicius et al., 2009, p. 600).

A prevalência de depressão na mulher grávida é influenciada por alguns fatores como: um histórico de depressão no passado, tanto em si como na família, apoio desadequado, problemas com álcool e drogas, stresse especialmente elevado em determinados períodos da vida, uma relação fraca com a sua própria mãe, passado de sofrimento de abusos físicos e/ou sexuais e de vitimização em casos de violência doméstica, exercida pela família ou pelo parceiro. A existência de situações de comorbidade, como a coocorrência de distúrbios da tiroide e de um quadro de anemia, são igualmente preditores de depressão no período de transição para a maternidade (Santvana et al., 2005; RANZCOG, 2017).

Para além destes riscos associados à depressão no período perinatal, existem outros, tais como: a experiência prévia de uma gravidez mal sucedida, que pode ter terminado num aborto espontâneo ou induzido, perdas emocionais importantes no passado, personalidade mal adaptada à nova situação e às responsabilidades a ela inerentes, como nos casos de distúrbios neuróticos obsessivos não resolvidos, e até mesmo o desemprego (Bunevicius et al., 2009). Para além destes correlatos, identificam-se, ainda, a já referida existência de ansiedade, a presença de um estilo cognitivo negativo e baixo nível de escolaridade (Leigh & Milgrom, 2008).

A depressão pré-natal causa impactos negativos no desenvolvimento do feto e do recém-nascido, nomeadamente, provocando nascimentos antes do tempo, de bebés com pesos abaixo do normal, e mesmo com perímetros cefálicos mais pequenos do que os observados em média (Orr et al., 2007; Zuckermann et al., 1989). Em ambiente uterino, os fetos experimentam os efeitos das alterações do fluxo sanguíneo que provocam irritação do útero devido ao aumento da segregação de cortisol e de catecolamina associados aos estados depressivos. À semelhança do que se observa no caso da ansiedade, ao longo do seu

desenvolvimento, os bebês nascidos de mães que viveram situações de depressão durante a gravidez têm tendência a ter problemas emocionais e de comportamento (Santvana et al., 2005, p. 219).

Ainda à semelhança do que se observa em relação à ansiedade, a depressão durante a gravidez é em grande medida determinante da existência de depressão após o parto (AWHONN, 2015; Flores & Hendrick, 2002; Friedman & Resnick, 2009; Hay et al., 2008; Nicolson, 2006; O'Hara, 2009). Os sintomas do *baby blues* são muito semelhantes aos da depressão durante a gravidez, registrando-se ainda episódios de choro descontrolado e sem razão aparente, irritabilidade e ansiedade, os quais são anunciados por sinais como a perda de interesse no bebê, sentimentos de desespero e de incapacidade, ataques de pânico, insónias, mal-estar, cansaço extremo e perda de apetite (Reid et al., 2009). No cômputo geral, os sintomas sentidos pela mulher durante a gravidez e no período subsequente ao parto estão de algum modo relacionados entre si e com a ansiedade.

Existem alguns fatores psicossociais que influenciam a emergência de estados depressivos na gravidez. Zuckermann et al. (1989, p. 1109) encontraram correlações entre os estados depressivos na gravidez e: o grau de felicidade da mãe face à gravidez, os sentimentos do pai face à gravidez, os sentimentos da família face à gravidez e o grau de apoio emocional recebido durante a gravidez. Por sua vez, Woods et al. (2010, p. 10) encontraram relações com: as preocupações financeiras com necessidades básicas e com outras necessidades em geral, os problemas relacionados com a família, a mudança de casa recentemente ou no futuro, a perda recente de alguém importante, a própria gravidez, problemas no trabalho, problemas relacionados com os amigos e sentimentos de sobrecarga em geral.

Reid et al. (2009) descobriram que fatores como a juventude da grávida, a insatisfação com o suporte emocional do parceiro, a aflição com eventos do dia-a-dia, o apoio emocional reduzido por parte da mãe da grávida e por parte de um “outro” explicam 39% da variância da sintomatologia da depressão no período pré-natal e 28% da sintomatologia da ansiedade.

Todos estes fatores ocupam um lugar importante quando se pretende gerir os níveis de ansiedade e de depressão da futura mãe, nomeadamente, quando esta gestão inclui estratégias de treino e de formação com vista à preparação para o parto.

1.1.3. Benefícios da preparação para o parto na ansiedade e depressão da grávida e futura mãe.

Para lidarem com a depressão e a ansiedade, as mulheres grávidas elegem como vias prediletas o recurso à ajuda da parteira ou da enfermeira obstetra, assim como a grupos de apoio social, que consideram particularmente úteis (Reid et al., 2009). Em alternativa ou em complemento a estes grupos de apoio social, as mulheres podem igualmente recorrer a terapia de grupo. Os grupos de apoio social têm a vantagem de ser mais informais do que estes últimos e de se focarem nas relações interpessoais informais, as quais permitem aceder simultaneamente a formas de apoio emocional e de apoio prático.

Há um outro aspeto fundamental em as terapias de grupo parecem não ser as técnicas mais indicadas para enfrentar os problemas da depressão e da ansiedade da mulher grávida: o da prevenção. Na sua obra sobre a redução dos riscos de perturbações mentais, Mrazek e Haggerty (1994) reservam para a prevenção mais de 1/3 do espectro total de intervenção face às perturbações mentais (Figura 2).

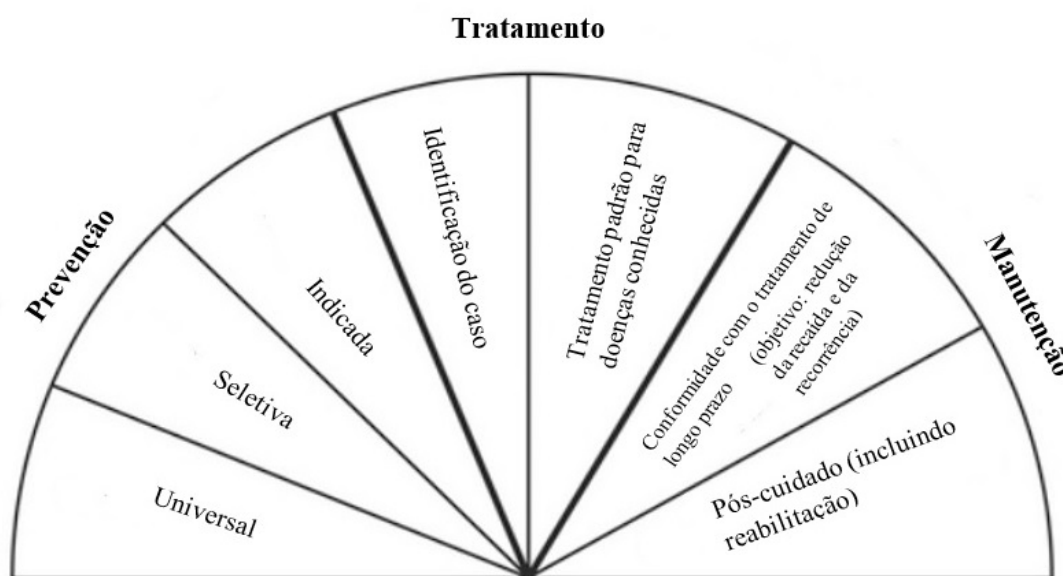


Figura 2. Espectro de intervenção para as perturbações mentais (Fonte: Mrazek & Haggerty, 1994, p. 494).

Como lembra Austin (2004, p. 3), a prevenção na saúde mental gestacional e perinatal nos três tipos de intervenções propostas por Mrazek e Haggerty (1994) incluirão medidas universais (oferecidas a todas as pessoas), selecionadas (oferecidas às pessoas em risco significativo de desenvolver uma desordem) e indicadas (dirigidas a pessoas de alto risco que

têm sintomas detetáveis embora não se enquadrem em critérios completos de desordem). Estas medidas podem ser igualmente aplicadas como meios de intervenção precoce, isto é, dirigidas a sujeitos ou grupos de pessoas em “situação sub ou pré-sintomática para os quais são recomendadas intervenções “indicadas”. Porque as mulheres são geralmente avessas a usar medicação no período perinatal, por medo de exposição da criança, as intervenções psicológicas e/ou psicossociais são especialmente ajustadas a este quadro” (Austin, 2004).

Adotando estas medidas de prevenção de acordo com a especificidade dos grupos ou dos sujeitos alvo, as intervenções podem ajudar a evitar a manifestação dos sintomas, ou, no caso da sua presença, mitigá-los de forma a encurtar a sua manifestação ou até mantê-los em intensidades sub-sintomáticas (Mrazek, & Haggerty, 1994). É aqui, cremos, que os programas de educação parental podem fazer a diferença em relação às terapias de grupo, uma vez que estes são aplicáveis já perante a manifestação do problema e centram-se na sua gestão ou eliminação por confrontação. As vantagens dos programas de educação e de preparação não se bastam, porém, à sua capacidade em prevenir as perturbações – uma vez que estas são “normais” no processo de transição para a maternidade, é previsível que elas se venham a manifestar, logo, a implementação de programas de educação numa fase inicial da gravidez pode, pelo menos, preparar as grávidas e os seus parceiros para essa muito provável manifestação – pois, estes programas permitem ainda gerir, ou preparar para gerir, essas perturbações ao longo de todo o espectro de intervenção desenhado por Mrazek e Haggerty (1994).

A implementação de programas de preparação/educação para a maternidade e para o parto permite, portanto, prevenir as perturbações, tratá-las e impedir as recaídas. A questão que se levanta agora é: como identificar os sujeitos/grupos alvo das intervenções? Austin (2004) recomenda a utilização, em complemento, de entrevistas clínicas estruturadas e de questionários pessoais, para se avaliar o risco psicossocial.

A identificação de pessoas/grupos em risco servirá de ponto de partida para a implementação de medidas selecionadas (sendo que, numa primeira fase de identificação, todo o grupo de grávidas e seus parceiros é automaticamente elegível como público alvo de medidas universais, não sendo necessário, portanto, fazer uma seleção), as quais devem estar estruturadas de antemão, como, aliás, é imposto por regulamentos próprios.⁴ A estruturação de guiões de intervenção permitirá estabelecer um caminho que acompanhará as grávidas ao longo de todo o período perinatal e que as pode ajudar, e aos seus parceiros, a fazer a

⁴ Adiante, teremos a oportunidade de explorar este aspeto com mais profundidade.

transição para a parentalidade de forma programada, permitindo, no processo, minimizar os fatores de risco de ansiedade e de depressão.

1.1.3.1. Transição para a parentalidade: da preparação para o parto à preparação para a maternidade.

Vimos que a categoria central que agrega os diferentes fatores psicológicos que influenciam a transição para a maternidade é o “tornar-se mãe” (Barclay et al. 1997), que implica “mudanças no autoconceito da mulher” (Darvill, 2010). Esta mudança, que é constante ao longo de todo o processo de transição para a maternidade, é percebida pelas mães como uma “montanha russa” de emoções e de estados de espírito (Darvill, 2010). Vimos igualmente que a transição para a maternidade é um caminho irreversível, atualmente acompanhado por uma medicalização constante (Davis-Floyd, 1993, 2005; Kitzinger, 2006; Lee, 2006) e é entendido como um período de crise que, devido a essa “máquina reprodutiva” (Kitzinger, 2006), suscita uma mudança de abordagem em direção à natureza, uma vez que o nascimento é um evento ecológico, por excelência (Leifer, 1980).

A preparação emocional da grávida permitir-lhe-á reencontrar o significado do nascimento enquanto acontecimento ecologicamente localizado e ajudá-la-á e à sua família a enfrentar os medos, influenciando, assim, a situação na sua totalidade (Straker, 1954, p. 510). O reencontro do significado do nascimento por parte da mulher grávida acontece como resultado do encontro do sentido das experiências que ela vai vivendo. Este encontro do sentido das experiências vividas não é imposto de fora, é realizado pela própria grávida “na companhia de outras mulheres e casais nos cursos de preparação para o parto. Este aspeto é muito diferente do caso dos cursos desenhados apenas para ensinar exercícios e para fornecer informação teórica” (Kitzinger, 1978, p. 119). Através de uma metodologia ativa participativa, as grávidas descobrem não apenas o sentido da maternidade, mas também o que significa serem mulheres na sua concretude plena. Esta dupla descoberta será, talvez, a grande conquista da preparação para o parto (Kitzinger, 1978). Esta conquista é reclamada, nomeadamente, no âmbito da enfermagem obstétrica.

A crítica principal que os enfermeiros de obstetrícia fazem aos programas de preparação e educação para o parto é precisamente a focalização do treino no evento do parto. Estes profissionais de saúde lembram mesmo que a necessidade mais premente não é “ensinar” ou “preparar” a mulher para o parto, mas sim prepará-la para a realidade da maternidade, focando-se, portanto na questão central da *transição* (Nelson, 2003, p. 465).

A deslocação do foco dos cursos de preparação para o parto do evento do nascimento para o processo da maternidade é um imperativo cada vez mais atual. No seu Parecer n.º 104/2009, a Ordem dos Enfermeiros lembra que esta necessidade implica a estruturação de aulas de preparação para o parto que sejam norteadas pelos princípios da saúde materna e obstétrica, e que sejam reconhecidas dentro do quadro legal nacional e comunitário para dotar as futuras mães de competências adequadas à maternidade. Dentro do Regime Jurídico da Parentalidade, previsto nos artigos 33.º a 66.º do Código do Trabalho (Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro), e no âmbito do Decreto-Lei n.º 91/2009, de 9 de Abril, o direito à parentalidade deve ser assegurado e protegido no âmbito da segurança social e deve inspirar os planos de cursos a homologar pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional.

A verdade é que, na atualidade, os cursos mantêm o foco no parto e no debelar da dor por “ataque” às fontes de stresse, centrando-se no ministério de técnicas e métodos que ajudam quase exclusivamente à preparação física e não tanto na preparação psicológica, um problema que vem de trás (Doering & Entwisle, 1975, p. 826). Os cursos, principalmente na sua dimensão prática, são essencialmente guiados pela (re)educação física e ministrados principalmente por fisioterapeutas. O modelo de preparação para o parto mais em voga assenta em técnicas de relaxamento, métodos de exercitação e fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico, métodos de gestão da dor através do treino do controlo da respiração, massagem na região lombar-sagrada e hidroterapia.

A focalização dos cursos no evento do parto deve-se, como foi referido, à intenção de se mitigar a dor. A ideia é que a mitigação da dor contribui para a perda do medo do parto. O princípio, enunciado por Grantly Dick-Read (1944) consiste em considerar que o parto fisiológico normal deve ser virtualmente indolor. Se isto não acontece é porque as mães, devido a terem medo do parto (Hofberg & Brockington, 2000), acumulam ansiedade que se reflete em tensão muscular, que, por sua vez, dificulta o parto e provoca dor. A forma de combater este cenário é educando e treinar a grávida para uma participação ativa eficaz no momento do parto. Ao gerir os níveis de ansiedade, as mães poderão perder o medo e, por este meio, diminuir a tensão muscular na hora do parto minimizando a dor. A estratégia de Dick-Read mostrou ser eficaz em vários momentos e por vários estudos (Straker, 1954).

1.1.3.2. O impacto da preparação para o nascimento na ansiedade e na depressão da grávida e futura mãe.

Myra Leifer resumiu os impactos psicológicos das alterações fisiológicas indicadoras da mudança para o estatuto de mãe numa pergunta central: o que é que a gravidez e a maternidade significam para a mulher? (1980, p. 758). Sendo a mulher o centro de toda a mudança, é justo focar o estudo dessa procura de significado nas suas perceções e no seu desempenho ao longo de todo o processo da gravidez. O modo como a mulher constrói o sentido das mudanças que experimenta definirá o impacto psicológico que essas mesmas mudanças exercem na sua mente, na sua vida e na vida daqueles que a rodeiam, em suma, definirá o modo como lida com a transição para maternidade e se adapta à mudança no seu estatuto social e antropológico.

Straker lembra que “a gravidez e o nascimento da criança é uma experiência variada e tremendamente rica e significativa que apenas pode ser descrita de maneira fragmentada, [e, por isso] é igualmente óbvio que a relação obstétrica usual toca apenas em áreas limitadas [dessa] experiência” (1954, p. 511). Por outras palavras, a experiência da gravidez e do nascimento da criança é complexa e incide no próprio mistério da vida, daí que, apenas recorrendo-se a uma abordagem holística, que compreenda as diversas dimensões e a forma como elas interagem num composto dinâmico de comportamentos e sentimentos situados num contexto ambiental específico é que é possível apreender essa complexidade. Esta mesma complexidade aumenta ainda mais se acoplarmos a universalidade do binómio vida-morte encerrado na transição para a maternidade e para a parentalidade em geral à particularidade da experiência de cada mulher na sua especificidade e no seu envolvimento social e familiar próprio. Por causa deste acoplamento do geral e do particular, “a seleção dos métodos para gerir o processo de nascimento deve ser ajustada a cada mulher. Nenhum método particular... pode ser universalmente satisfatório se os requisitos individuais de cada mulher não forem considerados” (Straker, 1954, p. 513). Posto isto, a eficácia dos cursos de preparação para o nascimento deverá resultar da sua capacidade em articular os aspetos universais e particulares deste evento/processo.

Os cursos de preparação para o parto no modelo proposto por Dick-Read ainda nos nossos dias revelam ser eficazes. Através da psicoanalgesia, é possível romper o ciclo vicioso medo↔tensão↔dor (Krysa et al., 2016). A intenção é promover aquilo a que Włodzimierz Fijałkowski, o fundador da Escola do Nascimento na Polónia chamou de “percetibilidade natural” (Krysa et al., 2016), desfazendo-se os medos baseados em perceções e em pré-

conceitos construídos culturalmente e que podem ser socialmente ampliados e influenciar a psicologia da grávida.

Poucos anos após a obra fundadora de Dick-Read ter vindo a público, foi comprovado que os cursos de preparação para o parto/nascimento desempenhavam um papel definitivo no alívio da dor no parto. Apoiado no teste dos efeitos de procedimentos de relaxamento na dor do parto, Roberts et al. observaram que as mulheres “experenciavam conforto e satisfação ao tomar consciência do que estava a acontecer durante o parto” (1953). Estes resultados foram igualmente observados por Doering e Entwisle (1975) que descobriram que a existência de uma estreita relação entre a preparação para o parto e a tomada de consciência era a chave da eficácia destes métodos. Estes autores repararam ainda que a preparação para o parto influenciava significativamente as atitudes perante o nascimento e que a tomada de consciência se relacionava positivamente com a reação da mãe à presença do bebé. Doering e Entwisle concluíram que “a preparação tem efeitos positivos que ultrapassam os que derivam puramente da motivação” (1975, p. 835).

As técnicas de relaxamento podem incluir “o relaxamento completo ou o relaxamento diferencial, no qual alguns músculos são contraídos enquanto outros são conscientemente relaxados” (Kitzinger, 1978, p. 120). A intenção é fazer com que a mulher, ao invés de confrontar ou evitar a dor – que serão as respostas comuns aos stressores, no contexto da síndrome da adaptação geral, de Hans Selye – se ajuste para a gerir, “deixando ativamente escapar a tensão, especialmente nas partes do corpo que ela normalmente contrai em resposta ao stress” (Kitzinger, 1978, p. 120). Esta focagem da atenção é uma das vias para a mulher conseguir tomar consciência do que lhe está a acontecer. O objetivo não é, portanto, distrair-se da dor, mas, pelo contrário, tomar consciência dela. É neste contexto que a comunicação é fundamental, nomeadamente, pela familiarização da mulher com o vocabulário técnico usado pelos profissionais de saúde. Conhecendo o significado do que é dito, a mulher alivia a tensão que teria devida à dificuldade de perceção do entendimento que os profissionais têm do evoluir de todo o processo (Kitzinger, 1978).

A tomada de consciência e a focagem da atenção ajudam, assim, a mulher a limitar o efeito potencialmente negativo do desconhecido. Com isto, para além de ajudar a lidar com a dor, os cursos de preparação para o parto romperão o tal ciclo vicioso de que falava Dick-Read, à semelhança das técnicas de psicoanalgesia focadas por Krysa et al. (2016). Ao aliviar a dor, o medo e a tensão, estes procedimentos ajudam a gerir a ansiedade e podem mesmo impedir a manifestação de estados depressivos.

Um “melhor conhecimento sobre o assunto [do parto] influencia positivamente a disposição geral [da mulher]” (Krysa et al., 2016, p. 193). Com efeito, sabe-se que os níveis de ansiedade em grávidas que não frequentam cursos pré-natais é superior aos que experimentaram as grávidas que tinham frequentado esses cursos (Stangret et al., 2009, citados por Krysa et al., 2016). Para além de reduzir os níveis de ansiedade, a frequência dos cursos também está positivamente correlacionada com períodos de hospitalização dos recém-nascidos mais curtos (Consonni et al., 2010). Mesmo no caso de mães que anteriormente abortaram ou que tiveram nados-mortos, que estão especialmente vulneráveis a um novo parto, a ansiedade foi significativamente reduzida devido a terem frequentado cursos de preparação (Baghdari et al., 2015).

Considerando que os níveis de ansiedade no período antenatal estão positivamente relacionados os níveis de ansiedade no período pós-natal e, do mesmo modo, estão relacionados com a manifestação de estados depressivos, então, se os cursos de preparação para o parto reduzem a ansiedade, é crível que também reduzam a depressão, tanto antes como depois do parto.

Desde a Antiguidade que se sabe que o exercício físico, por exemplo – que ocupa um lugar muito importante nos cursos de preparação para o parto – tem um efeito positivo no estado de espírito, como sugere a bem conhecida expressão *mens sana in corpore sano*. São inúmeros os estudos que o demonstram também durante o período perinatal (Abdulla & Abdulla, 2004; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2003; Wang & Apgar, 1998). Esta hipótese encontra confirmação em alguns outros estudos. Krysa et al. (2016) observaram que o esforço físico previne estados depressivos durante a gravidez e o puerpério e acelera a recuperação após o parto. Para além disso, a duração do parto nas mulheres que realizam exercício físico é reduzida, em média, em 12 minutos (Krysa et al., 2016).

Em resumo, para além de ajudar a gerir a dor, a tensão e o medo, a tomada de consciência do que acontece durante o período pré-natal por parte da mãe “é essencial para a relação mãe-bebé e é um atestado do facto de que a mãe procura cumprir com sucesso as suas responsabilidades maternas” (Baghdari et al., 2015, p. 356). Por outras palavras, visto que a frequência de cursos de preparação para o parto está estreitamente relacionada com a tomada de consciência da maternidade (Doering & Entwisle, 1975), então, *em hipótese*, essa frequência promove de forma positiva a transição para a maternidade e para a paternalidade em geral. Esta é a afirmação que pretendemos testar.

Parte II – Metodologia

Com base nas consultas que fizemos dos estudos sobre o problema da influência da frequência de cursos de preparação para o parto no bem-estar e na saúde mental das grávidas, nomeadamente, nos níveis de ansiedade e de depressão percebidos, estamos, agora, em condições de definir o desenho metodológico do nosso estudo.

2.1. Problema e Hipóteses

Em seguimento do que foi salientado na fase de levantamento bibliográfico sobre o tema da saúde mental da grávida, e,

i) considerando que a tomada de consciência, por parte da futura mãe, do que acontece na fase pré-natal e no parto é entendida desde há algumas décadas até hoje (e.g. Doering & Entwisle, 1975; Kitinger, 1978; Krysa et al., 2016; Leifer, 1980; NHS, 2009; Roberts et al., 1953;) como sendo fundamental para ela confrontar os seus medos e gerir eventuais tensões que se podem refletir em elevados níveis de ansiedade e de estados depressivos, e adicionalmente,

ii) considerando que os cursos de preparação para o parto poderão contribuir para essa tomada de consciência,

surge a questão que guia a presente investigação, e que pode ser enunciada assim: qual o impacto da frequência de cursos de preparação para o parto nos níveis de ansiedade e de depressão percebidos pelas grávidas?

A partir da revisão da literatura científica sobre o tema, colocámos as seguintes hipóteses:

H1: A frequência de programas de preparação para o parto está associada a níveis inferiores de ansiedade percebidos pelas grávidas, comparativamente àquelas que não frequentam esses programas;

H2: A frequência de programas de preparação para o parto está associada a níveis inferiores de depressão percebidos pelas grávidas, comparativamente àquelas que não frequentam esses programas;

Paralelamente ao problema central, que avalia a eventual influência da frequência dos cursos de preparação para o parto no bem-estar e na saúde mental da grávida, surgem mais duas hipóteses, relacionadas com a influência das características sociodemográficas das grávidas na opção pela frequência de cursos de preparação para o parto e na percepção dos níveis de ansiedade e depressão:

H3: A opção de frequência dos cursos de preparação para o parto está associada aos atributos sociodemográficos das grávidas (idade, escolaridade, estado civil, número de filhos, problemas na gestação, situação de emprego);

H4: Os níveis de ansiedade percebidos são influenciados pelos atributos sociodemográficos das grávidas (idade, escolaridade, estado civil, número de filhos, problemas na gestação, situação de emprego);

H5: Os níveis de depressão percebidos são influenciados pelos atributos sociodemográficos das grávidas (idade, escolaridade, estado civil, número de filhos, problemas na gestação, situação de emprego).

As questões centrais do problema de estudo são, como foi referido, as que pretendem analisar a eventual associação entre a variável independente (frequência de cursos de preparação para o parto) e as variáveis dependentes (níveis de ansiedade e de depressão). As restantes relações – entre as variáveis independente e dependente e as características sociodemográficas da amostra – são acessórias e servem sobretudo para descrever com maior pormenor o tipo de relações envolvidas no problema geral da influência da frequência de cursos de preparação para o parto na saúde mental das grávidas e futuras mães. Para salientar este aspeto, como podemos ver pela Figura 3, o modelo teórico construído representa as relações centrais com maior força (linha cheia) e as acessórias com menor força (linha tracejada e pontilhada).

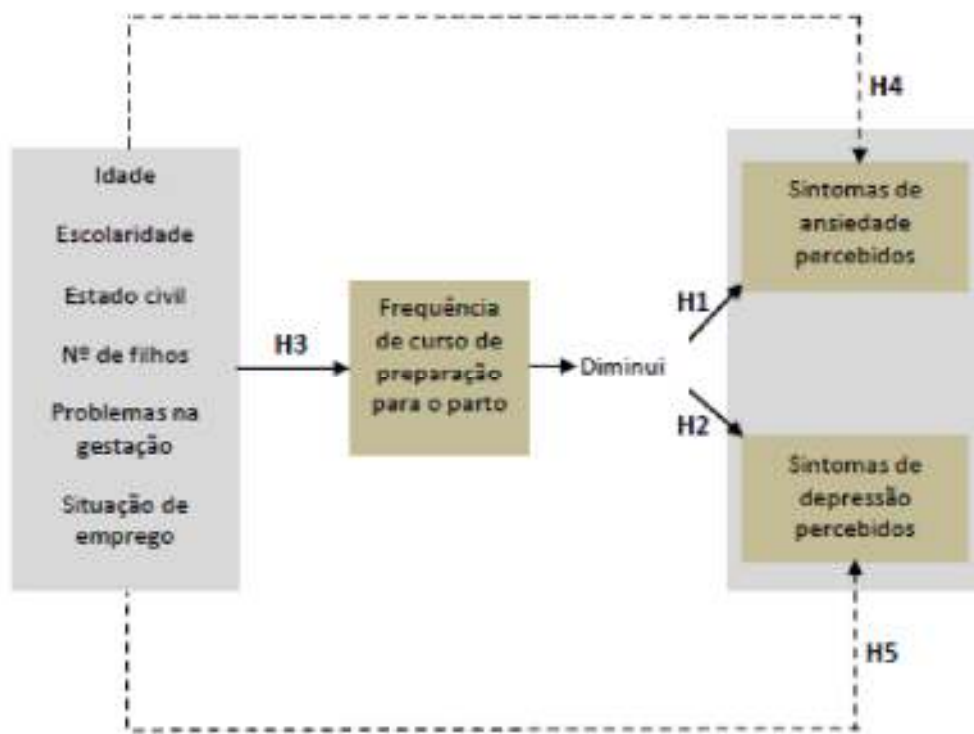


Figura 3. Modelo teórico, com definição das relações entre as variáveis e as respectivas hipóteses (elaboração do próprio).

O teste das hipóteses de estudo pressupõe o diagnóstico dos níveis de ansiedade e de depressão percebidos pelas grávidas, para se identificar se há, de facto, uma sintomatologia considerada como patológica. Isto significa que, previamente à fase analítica que as hipóteses pressupõem, é necessário descrever a situação emocional das grávidas no que concerne especificamente aos níveis percebidos de ansiedade e de sentimentos depressivos.

Tomando em conjunto estas implicações do problema, consideramos que o presente estudo impõe a adoção de uma metodologia quantitativa com um desenho transversal do tipo exploratório, descritivo e comparativo.

2.2. Definição e Operacionalização das Variáveis

O estudo contempla variáveis de critério, variáveis independentes e dependentes. As variáveis de critério, ou atributos dos sujeitos, dizem respeito às características sociodemográficas da amostra de grávidas e incluem a idade, a escolaridade, o estado civil e o número de filhos, a situação no emprego, e características e problemas na gestação. Estas variáveis variam em ordem, em categoria, ou em número, podendo ser, portanto, e respetivamente, ordinais (politómicas), nominais (dicotómicas e politómicas) e numéricas (contínuas).

A variável independente é a frequência de cursos de preparação para o parto, e é do tipo nominal com variação dicotómica. No caso afirmativo dessa frequência, questiona-se a identificação do curso, a sua duração e a presença do parceiro. No caso negativo, questiona-se sobre a razão para tal.

A Tabela 1 (página seguinte) mostra como as variáveis de critério e a independente foram operacionalizadas no estudo.

Tabela 1

Operacionalização das variáveis (de critério e independente)

Variáveis		Tipo	Parâmetros	
Idade		Contínua	0,1,2,...	
Estado civil		Nominal	1 – Solteira 2 – Casada/união de facto 3 – Separada/divorciada 4 – Viúva	
Habilitações literárias		Ordinal	0 – Sabe ler e escrever 1 – 1º ciclo 2 – 2º ciclo 3 – 3º ciclo 4 – Ensino secundário 5 – Ensino superior	
Nº de filhos		Contínua	0,1,2,...	
Situação no emprego	Tipo de vínculo contratual	Nominal	1 – Sem termo 2 – Termo certo 3 – Termo incerto 4 – Prestação de serviços	
	Permanência do trabalho atual	Nominal	1 – Sim 2 – Não	
	Medo do despedimento	Nominal	1 – Sim 2 – Não	
Características e problemas da/na gestação	Tempo de gestação	Nominal	Número de semanas	
	Data prevista de parto	Nominal	Data do calendário	
	Primeira gestação da mãe	Nominal	1 – Sim 2 – Não	
	Primeiro filho do pai	Nominal	1 – Sim 2 – Não	
	Problemas na gestação	Nominal	1 – Sem problemas 2 – Com alguns Problemas 3 – Com muito problemas	
Curso de preparação para o parto	Frequência		Quais os problemas	
			Identificação	Qual o curso
			Duração	Número de semanas
	1 – Sim	Nominal	Acompanhamento pelo parceiro	1 – Sim
				2 – Não
	2 – Não	Porquê	1 – Já o fez anteriormente 2 – Não lhe parece necessário 3 – Gostaria mais não tem possibilidade 4 – Outra razão	
			Qual razão	...

A variável dependente são os níveis de ansiedade e de depressão percebidos. A operacionalização desta variável é a mesma que foi sugerida pelos autores do instrumento de diagnóstico dos níveis de ansiedade e de depressão da população em geral, isto é, a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), de Zigmond e Snaith (1983), que foi validada para a

realidade portuguesa por Pais-Ribeiro et al. (2007) e cujas operacionalização e características psicométricas descrevemos a seguir.

2.3. Objetivos

O objetivo geral desta investigação é avaliar se os programas de preparação para o parto influenciam os níveis de ansiedade e de depressão percebidos pelas grávidas.

Para se atingir este objetivo, é necessário: i) identificar os níveis de ansiedade e de depressão percebidos pelas futuras mães; ii) avaliar a eficácia da frequência de cursos de preparação para o parto na diminuição dos níveis de ansiedade e de depressão percebidos; iii) analisar a eventual influência das características sociodemográficas das grávidas na opção de frequentarem o curso de preparação para o parto; iv) analisar a eventual influência das características sociodemográficas das grávidas na sua percepção dos níveis de ansiedade e v) analisar a eventual influência das características sociodemográficas das grávidas na sua percepção dos níveis de depressão. O primeiro destes objetivos implica a realização de um “diagnóstico” e constitui a dimensão descritiva do estudo e, os restantes objetivos constituem a dimensão analítica do estudo.

2.4. Materiais

Para cumprir os objetivos foram utilizados dois questionários, sendo que um apresenta questões relativas às características sociodemográficas da amostra e o outro constitui a escala de diagnóstico dos níveis de ansiedade e de depressão percebidos pelas grávidas. Os pontos seguintes resumem cada um deles, respetivamente.

2.4.1. Questionário sociodemográfico.

O questionário sociodemográfico é constituído por variáveis de critério que pretendem levantar os atributos das grávidas, os quais foram selecionados com base na literatura especializada. A operacionalização destas variáveis é a que consta na Tabela 1. As questões têm como objetivo obter dados sobre a idade, o estado civil, as habilitações literárias, o número de filhos, a situação no emprego e as características e problemas que as grávidas experimentaram durante o período de gestação.

2.4.2. Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS).

A HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) é “um instrumento fiável para detetar estados de depressão e de ansiedade em contexto hospitalar ou clínico” (Zigmond & Snaith, 1983, p. 361). A escala total é formada por duas subescalas de sete itens, cada uma delas relativa a um dos estados mentais referidos. Para além de ser fiável para detetar estes estados, “as subescalas são igualmente instrumentos válidos para medir a severidade” dos mesmos (Zigmond & Snaith, 1983, p. 361). Devido a estas duas qualidades, esta escala é considerada muito útil para monitorizar os estados mentais de ansiedade e de depressão, seja enquanto reflexos de perturbações físicas ou não (Pais-Ribeiro et al., 2007). Considerando que, como vimos no capítulo anterior, as alterações fisiológicas na gravidez provocam alterações de estados emocionais e, com isso, aumentam o risco de manifestação de níveis de alterações psicológicas considerados patológicos, a aplicação da HADS no estudo das perturbações emocionais e psicológicas na gravidez é perfeitamente ajustada. Adicionalmente, a aplicação da HADS não se resume ao contexto hospitalar; ela é igualmente ajustada em “contextos de cuidados primários e até comunitários” (Pais-Ribeiro et al., 2007, p. 226).

A fiabilidade, a aplicabilidade e a versatilidade da HADS, associadas à sua facilidade de aplicação, que, sendo rápida, poupa tempo e recursos, faz deste instrumento “um dos mais úteis e usados em diferentes contextos e condições (...) em diferentes grupos de idades (...) e em diferentes países, linguagens e culturas” (Pais-Ribeiro et al., 2007, p. 227).

Cada item em ambas as subescalas é medido com uma escala de parâmetros de quatro pontos, de 0 a 3. Os *scores* possíveis variam, portanto, entre 0 e 21 em cada subescala, e estes são arrumados em quatro classes, conforme apresentado na Tabela 2 (página seguinte).

Tabela 2

Scores e significados

Parâmetros	Scores indicativos	Significado	Diagnóstico
0 a 1	0-7	Normal	Não- casos
1 a 2	8-10	Médio	
2 a 3	11-14	Moderado	Casos
3	15-21	Grave	

Para evitar o enviesamento das respostas, os autores da escala (Zigmond & Snaith, 1983) alternaram os itens correspondentes a cada uma das subescalas na escala total, sendo que, os itens ímpares (1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13) correspondem à subescala que mede os níveis de ansiedade percebidos e os itens par (2, 4, 6, 8, 10, 12 e 14) à subescala que mede os níveis de depressão percebidos. Com a mesma intenção, a ordem dos parâmetros também foi modificada, passando de 0-1-2-3 (itens 2, 4, 7, 9, 12 e 14) para 3-2-1-0 (itens 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 e 13) (Zigmond & Snaith, 1983).

A escala foi considerada pelas grávidas como sendo de fácil compreensão, concordando com a facilidade de uso invocada pelos seus autores (Zigmond & Snaith, 1983, p. 366).

A escala revelou igualmente ser estatisticamente fiável. No presente estudo a escala total obteve um coeficiente *alpha* de Cronbach de .72. Na subescala da ansiedade, o *alpha* situou-se em .76. Na subescala da depressão, o *alpha* situou-se em .66. Estes valores não são muito diferentes dos que foram encontrados em outros locais (e.g. Bjelland et al., 2002; Pais-Ribeiro et al., 2007; Zigmond & Snaith, 1983), e demonstram uma consistência interna que permite obter conclusões fiáveis.

2.5. Participantes

A amostra é constituída por 422 grávidas. Foi construída com base no critério de conveniência, seleccionando-se grávidas com mais de 18 anos de idade, que estivessem, à data, a ser acompanhadas em instituições de saúde de Portugal continental. Tomando-se por variável de controlo a frequência de curso de preparação para o parto, dividiu-se a amostra

em dois grupos independentes (181 grávidas que afirmaram frequentar esses cursos e 241 que responderam negativamente a esta pergunta).

Na fase descritiva, os valores em falta oscilaram entre 2 e 4 casos, o que explica a discrepância nas frequências que caracterizam a amostra, como se pode observar pela Tabela 3.

Tabela 3

Distribuição da amostra segundo as características sociodemográficas

Variáveis	N	%	Variáveis	N	%
Idade (Média)	30.97	-	Estado civil		
			1 – Solteira	93	22
			2 – Casada/união de facto	325	77
			3 – Separada/divorciada	4	0.9
Habilitações literárias			Nº de filhos		
1 – 1º ciclo	2	0.5	0	228	58.9
2 – 2º ciclo	4	0.9	1	125	32.3
3 – 3º ciclo	43	10.2	2	23	5.9
4 – Ensino secundário	176	41.8	3	9	2.3
5 – Ensino superior	195	46.2	4	2	0.5
Tipo de vínculo contratual			Permanência do trabalho atual		
1 – Sem termo	195	54.2	1 – Sim	333	83.9
2 – Termo certo	80	22.3	2 – Não	64	16.1
3 – Termo incerto	47	13.1			
4 – Prestação de serviços	37	10.3			
Medo do despedimento					
1 – Sim	65	16.6			
2 – Não	326	83.4			

As grávidas tinham, em média, 30.97 anos de idade (DP = 5.44), variando entre os 18 e os 46 anos. Mais de três quartos da amostra era casada ou estava em união de facto, havendo, ainda, 22% de grávidas solteiras. Perto de metade da amostra possuía um diploma do ensino superior, uma percentagem próxima das que possuíam o ensino secundário.

Mais de metade das grávidas não tinha filhos; 32% tinham um filho, e apenas 8.7% tinham entre dois e quatro filhos.

No que respeita à situação de emprego, cerca de metade das grávidas responderam que estavam empregadas em regime de contrato sem termo. Cerca de um quinto da amostra possuía um contrato com termo certo, 11% com termo incerto e 9% trabalhavam em regime de prestação de serviços. A esmagadora maioria da amostra revelou estar já no emprego atual quando engravidou, e mais de 80% revelaram que não tinham receio de perder o emprego devido ao facto de terem engravidado.

2.6. Procedimentos

Conforme foi referido, a exploração do problema de estudo no campo foi induzida pela participação no projeto de investigação intitulado “Os efeitos da perceção do parto sobre resultados/aspetos maritais e parentais”. Nessa fase, foi tomado conhecimento sobre a problemática da gravidez e da maternidade e sobre o impacto destas condições na saúde mental da mulher. A exploração mais profunda destes impactos foi seguidamente realizada pela pesquisa da literatura especializada, que nos permitiu enquadrar teoricamente o problema das implicações psicológicas da gravidez no percurso para a maternidade, nomeadamente, revelando as variáveis que melhor o representam.

A identificação de técnicas de medição dos impactos da gravidez e da consciência da maternidade na saúde mental da mulher constituiu o passo seguinte. Após a seleção, e respetiva fundamentação, da técnica de medição a utilizar, foram desenvolvidos esforços no sentido de se obter autorização para aplicar o questionário que inclui o instrumento de diagnóstico selecionado, a HADS. Após a obtenção da autorização das instituições envolvidas – Hospitais e Unidades de Saúde Familiar – foram aplicados questionários às grávidas acompanhadas nestas últimas instituições que aceitaram responder ao inquérito, e que manifestaram estar cientes e informadas dos objetivos do estudo e das aplicações dos resultados do mesmo, sob a garantia de sigilo e de utilização dos dados no âmbito restrito da presente investigação. Após a concordância, por parte das grávidas, e da sua assinatura da declaração de consentimento informado, dirigimo-nos aos locais e aplicámos os questionários entre Março/Abril de 2016 e Janeiro de 2017. O cumprimento estrito das normas éticas foi acautelado pelo respeito total pelos princípios da Declaração de Helsínquia (Anexo 1). O projeto estava previamente aprovado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados e pelas Comissões de Ética das instituições participantes.

Após a obtenção dos dados, estes foram sujeitos a tratamento estatístico por recurso à versão 20 do programa informático SPSS, da IBM. A descrição foi realizada a partir da

caracterização da frequência e das percentagens de revelação dos indicadores, para além da descrição da distribuição e da tendência central dos mesmos, recorrendo-se às principais medidas estatísticas – média, mediana e moda, para a tendência central, e desvio-padrão, covariância e correlação, para a distribuição dos dados.

A análise correlacional foi realizada por recurso ao r de Pearson, no caso da relação entre *scores* ou variáveis contínuas, e ao Rho de Spearman, adequado a escalas não paramétricas formadas por variáveis de diversa natureza e de diverso tipo, em correspondência com as que foram incluídas no estudo. Este último coeficiente de correlação foi igualmente utilizado para medir a associação entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis independente e dependente.

O cálculo dos *scores* parciais e totais encontrados forneceu indicadores descritivos sobre a eventual perceção de níveis de ansiedade e de depressão considerados patológicos. Estes scores são classificados de acordo com os intervalos apresentados anteriormente (Tabela 2).

Para analisar a função da variável independente – frequência de curso de preparação para o parto – na variável dependente – nível de ansiedade/depressão percebido – realizou-se o teste t . A seleção deste teste como sendo o teste adequado para medir a eventual relação entre estas variáveis apoia-se na consideração de, por força do tamanho significativo da amostra, podermos aplicar o teorema do Limite Central, que diz que quanto maiores são as amostras, mais se aproximam da normalidade, sendo esta uma condição para a aplicação do teste t . O teste foi realizado tomando por referência o nível de significância estatística de $p < .05$, correspondendo a um intervalo de confiança de 95%.

Parte III – Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados encontrados por via da aplicação da metodologia apresentada no capítulo anterior. Num primeiro momento são descritas as características da gestação conforme são experimentadas e percebidas pelas grávidas. Aqui inclui-se, como foi referido no final do capítulo anterior, o recurso das grávidas a apoio, tanto do companheiro como da parte de outrem, nomeadamente, de promotores de cursos de preparação para o parto. Após esta descrição mais básica das características do processo de gestação, calcula-se a percentagem de grávidas que participou em cursos de preparação para o parto.

Depois de apresentadas as percentagens de grávidas que recorrem a cursos de preparação para o parto enquanto medidas para gerirem a ansiedade e os sentimentos depressivos, analisaremos a associação entre a participação nesses cursos e os níveis de ansiedade e de depressão percebidos. Esta última fase constitui o cerne do problema que aqui abordamos.

Finalmente, são analisadas as relações entre as diversas características descritas pelas grávidas, bem como a eventual influência dos fatores socioeconómicos nos resultados dos efeitos da frequência dos cursos de preparação para o parto nos níveis de ansiedade e de depressão percebidos.

3.1. Caracterização e Problemas da/na Gestação

A maior parte das grávidas (59.3%) experimenta a primeira gestação.⁵ Do mesmo modo, a maior percentagem de pais aludidos pelas grávidas (60.5%) também está confrontada com a primeira situação de paternidade. Neste particular, será importante referir que 33% dos casos de paternidade não são caracterizados.

Em média, as grávidas encontram-se na 32ª semana de gestação ($DP = 6.18$). A maior parte das respostas à pergunta sobre se a grávida tinha experimentado problemas durante a gravidez foi negativa, porém, houve respostas positivas, incluindo de quem tinha experimentado “muito problemas”. Do total de grávidas que responderam à pergunta, 328 referiram estar a experimentar uma gravidez sem problemas, 86 uma gravidez com alguns problemas e apenas três uma gravidez com muitos problemas (Figura 4 – página seguinte).

⁵ Os resultados podem ser consultados com mais pormenor no anexo estatístico (Anexo 3).

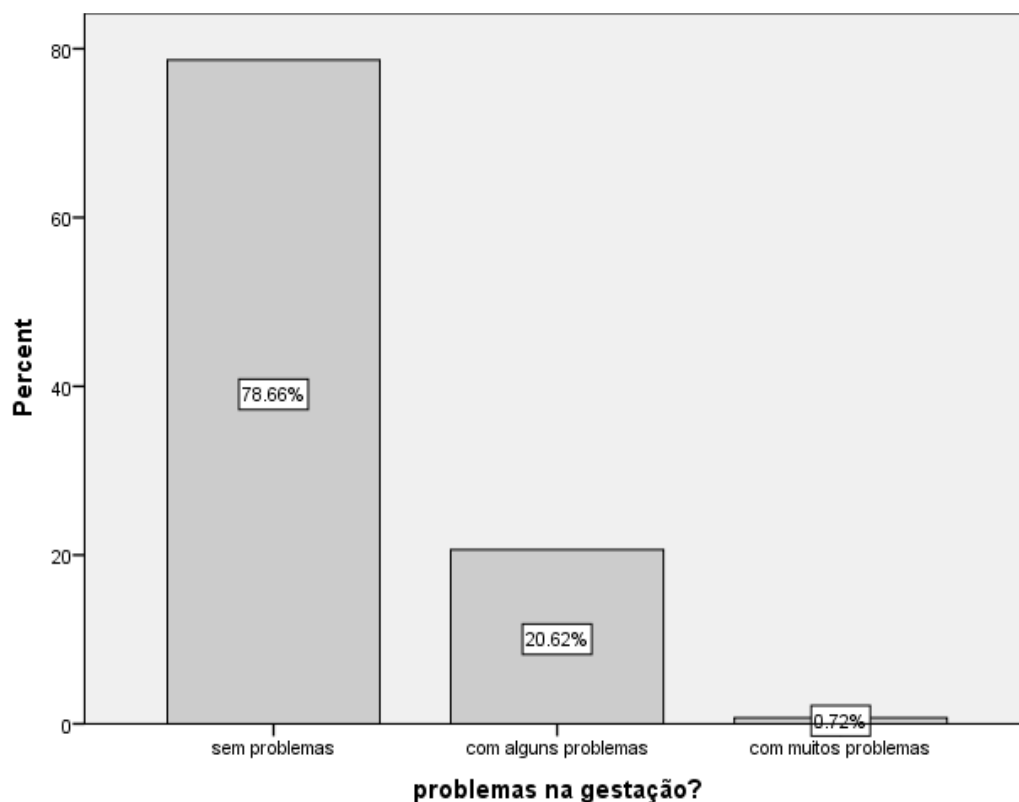


Figura 4. Problemas no período de gestação (%).

Apesar de a maioria das grávidas ter referido não experimentar problemas durante a gestação, os problemas referidos pela minoria restante foram vários. Como podemos constatar (ver Tabela 4 – página seguinte), o maior número de problemas relatados refere-se a ameaças de aborto ou de parto prematuro, logo seguidos das contrações prematuras ou precoces, de problemas na placenta e no útero e colo do útero. Em termos de variação, é no útero e no colo de útero que se regista a maior variedade de problemas, onde se registaram seis tipos de problemas, seguidos de problemas relacionados com a tensão arterial e dos problemas do próprio feto.

Tabela 4

Problemas com a gravidez, relatados pelas grávidas

Tipo de problema/localização	Descrição	N	Σ
Ameaça de aborto	Ameaça de aborto/parto prematuro	14	14
Contrações	Contrações prematuras	13	13
Placenta	Deslocamento da placenta Placenta baixa	10 1	11
Útero e colo do útero	Colo do útero fino Colo do útero pequeno Perda de líquido amniótico Atraso uterino Endometriose Útero descido	3 2 2 1 1 1	10
Dores	Dores pélvicas Lombalgias	6 2	8
Tensão arterial	Hipertensão Quebra de tensão Pré-eclampsia	5 2 1	8
Hemorragias	Hemorragia intra-uterina	7	7
Diabetes	Diabetes gestacional	7	7
Disposição	Enjoos	4	4
Problemas no feto	Diagnóstico de risco elevado de Trissomia 21 Problemas de coração Problemas de rins	2 1 1	4
Função tireoideia	Hipotireoidismo	2	2
Anemia	Falta de ferro	2	2
Rins	Cólicas renais	2	2
Infeções	Infeção urinária	2	2
Cansaço	Cansaço físico	1	1
Hematoma	Hematoma subcoriônico	1	1
Circulação	Varizes	1	1
Pulmões	Derrame pleural	1	1
Cordão umbilical	Problemas no cordão umbilical	1	1
Estado mental	Depressão	1	1
Sono	Perturbações no regime de sono	1	1
Peso	Perda de peso	1	1
Hérnia	Hérnia umbilical	1	1

Em jeito de síntese, pode-se constatar que o maior número de problemas relatados pelas grávidas centra-se no triângulo ameaça de aborto – contrações precoces – deslocamentos da placenta, e que a maior variedade de problemas se situa no útero e colo do útero, na tensão arterial e em problemas do feto.

Podemos igualmente observar que as dores são dos problemas mais frequentes e que os problemas de funcionamento dos órgãos da mãe são os menos relatados, para além, obviamente, do funcionamento do útero, o qual, naturalmente, é especialmente forçado durante a gestação. Podemos ainda observar que apenas uma grávida relatou problemas ao nível do seu estado mental.

3.2. Participação em Cursos de Preparação para o Parto

Mais de metade da amostra (57.1%) não frequentava cursos de preparação para o parto. As restantes frequentavam este tipo de cursos (Figura 5).

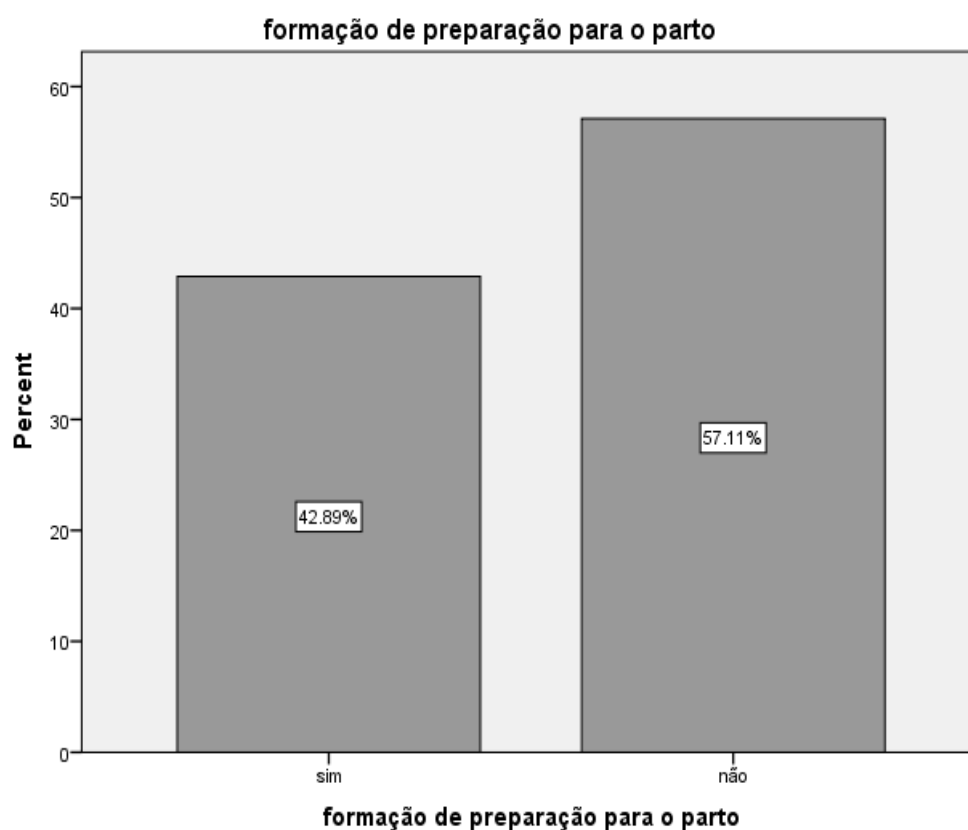


Figura 5. Frequência de cursos de preparação para o parto (%).

Em alguns casos, as grávidas estavam ainda à espera que o curso começasse. Em grande parte, os cursos eram ministrados nos centros de saúde, e, em menor medida, em hospitais públicos, no âmbito de programas preparação para o nascimento e a parentalidade.

As aulas incluíam yoga, ginástica, técnicas respiratórias e prolongavam-se, na sua maioria, a partir da 28ª semana até ao nascimento. Eram ministradas durante algumas horas ou em sessões de duas horas ao longo de algumas semanas. A variação da duração do curso é ampla. A maior parte dos cursos tiveram a duração de entre 6 e 10 semanas, ao longo de 10 a 15 sessões, na sua maioria, ocorrendo um ou duas vezes por semana (Tabela 5).

Tabela 5

Regime e duração dos cursos de preparação para o parto

Número de sessões	%	Duração do curso	%	Frequência do curso	%
Menos de 5 sessões	0.2	Menos de 4 semanas	1.8	Uma ou duas vezes/ semana	1
De 5 a 10 sessões	3	De 4 a 6 semanas	4	Mais de duas vezes / semana	0.6
De 10 a 15 sessões	3.3	De 6 a 10 semanas	9.5		
Mais de 15 sessões	0.2	Mais de 10 semanas	0.7		

De entre as grávidas que não frequentaram o curso, 31.1% apontaram como razão o facto de já o terem frequentado anteriormente, praticamente o mesmo número das que referiram que não viam necessidade de o frequentar. Uma pequena percentagem das grávidas referiu que gostaria de frequentar o curso, mas que não tinha possibilidades (Figura 6 – página seguinte).

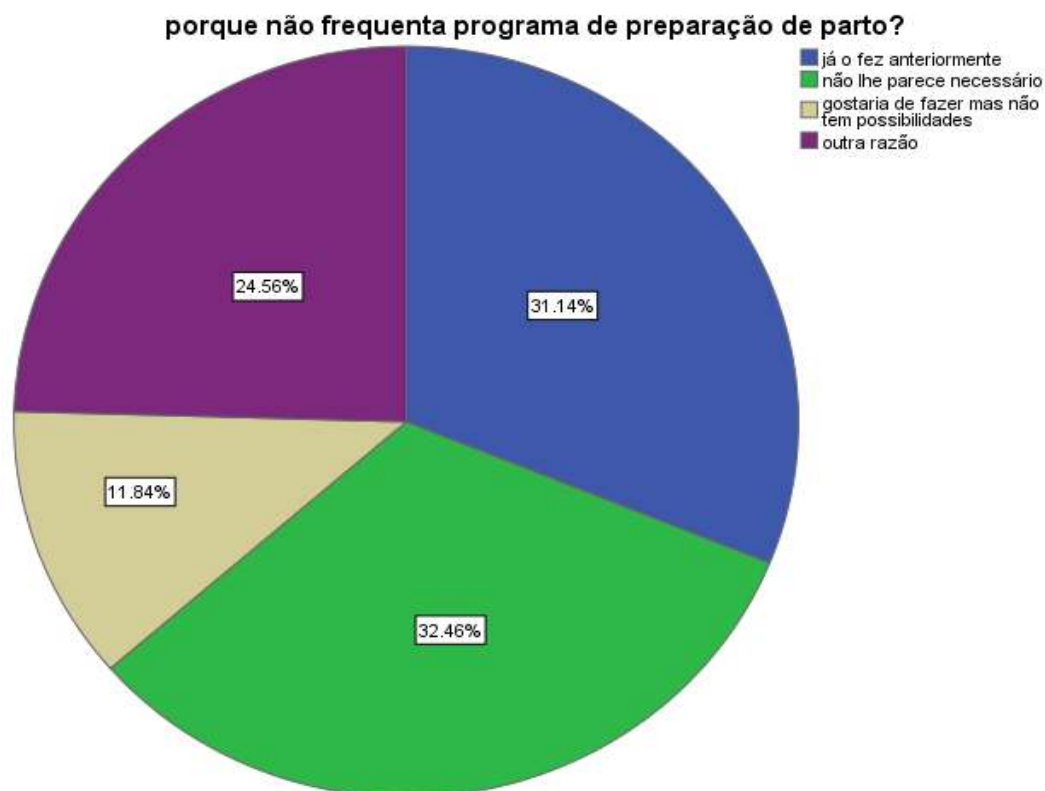


Figura 6. Razões para não frequentar o curso de preparação para o parto

Mais de meia centena das grávidas ($\pm 25\%$) apontaram outra razão para não frequentarem o curso. De entre as razões apontadas, salienta-se o facto de a maior parte das futuras mães se encontrar à espera que o curso comesçasse ou que fossem chamadas para o frequentar. Houve ainda quem não se tenha informado sobre o curso ou quem tivesse referido que não tinha tempo para o frequentar. De referir uma das grávidas que pensava que a frequência do curso a iria pôr mais ansiosa.

3.3. Ansiedade e Depressão na Gravidez

Neste ponto apresentam-se os níveis de ansiedade e de depressão percebidos pelas grávidas e analisa-se a relação entre essas percepções e a frequência dos cursos de preparação para o parto em dois momentos, respetivamente.

3.3.1. Níveis de ansiedade e de depressão percebidos.

O “diagnóstico” das grávidas incluídas no estudo, realizado pela aplicação da HADS, revelou que uma percentagem significativa (88.1%) das futuras mães apresenta níveis de ansiedade normais (59%) ou médios/leves (29.1%). Estas duas classes indicam situações não patológicas, conforme recomendado na parametrização da escala. Isto significa que, no conjunto de todas as grávidas incluídas no estudo, há 11.9% que revelam níveis de ansiedade considerados significativos, sendo que a maior percentagem se refere a um nível moderado de ansiedade (8.8%) e apenas 3.1% a um nível grave (Figura 7).

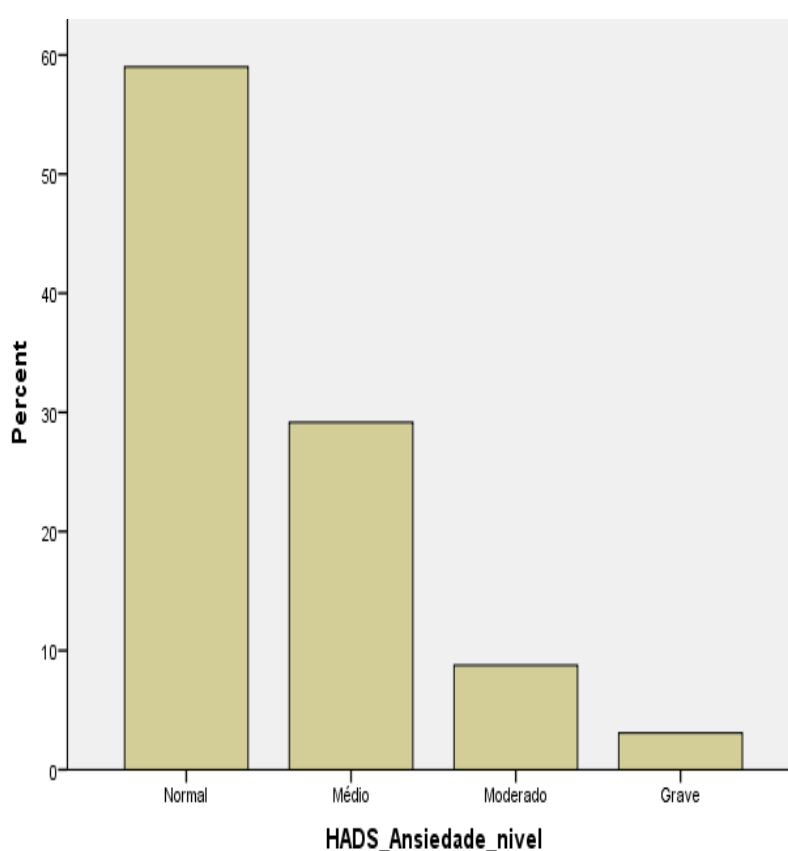


Figura 7. Níveis de ansiedade percebidos pelas grávidas

Um cenário razoavelmente diferente foi encontrado no diagnóstico dos níveis de depressão. Aqui, 99% da amostra total revela níveis de depressão dentro do “não-caso”, sendo que 95% das grávidas apresenta níveis normais de depressão e 4.3% níveis leves. Apenas 0.7% da amostra revela níveis moderados de depressão, e não há registo de grávidas que mostrem sentir níveis graves de depressão (Figura 8 – página seguinte).

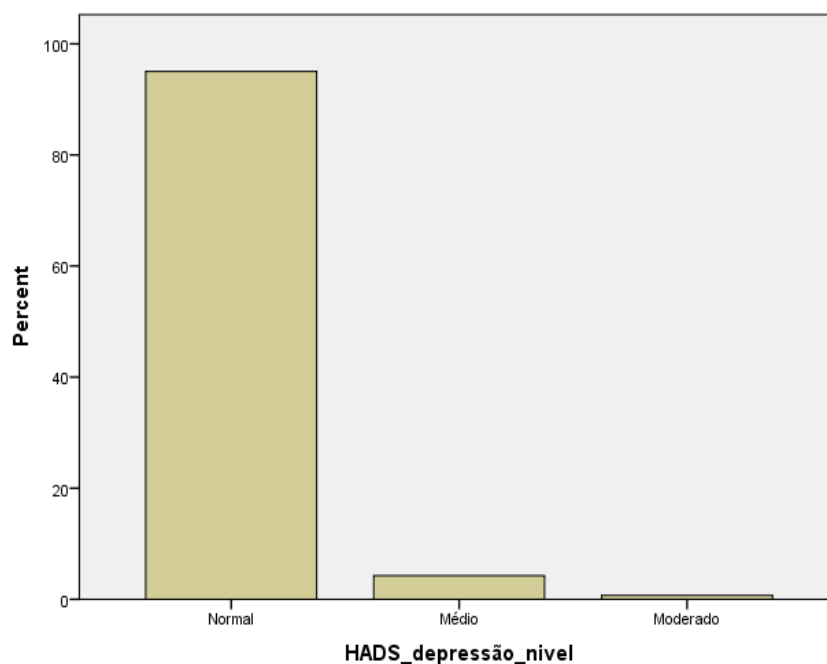


Figura 8. Níveis de depressão percebidos pelas grávidas

Estes resultados permitem observar um grupo de grávidas, aparentemente, sem sintomas de ansiedade ou depressão preocupantes.

Tempo agora para analisarmos os impactos da frequência dos cursos de preparação para o parto nos níveis de ansiedade e de depressão percebidos pelas grávidas.

3.3.2. Impactos da frequência dos cursos de preparação para o parto.

Tendo concluído a descrição estatística dos dados, estamos, agora, em condições de avançar para a parte analítica propriamente dita. Nesta parte, calculámos e analisamos os *scores* totais e parciais encontrados e comparamo-los entre as duas amostras de grávidas e avaliamos o coeficiente de correlação entre as variáveis. Focaremos ainda a atenção na análise do efeito da frequência dos cursos de preparação para o parto nos níveis de ansiedade e de depressão percebidos pelas grávidas. A intenção é detetarmos se a frequência dos cursos de preparação para o parto está associada a níveis inferiores de ansiedade e depressão.

As frequências apresentadas no ponto anterior mostram a distribuição das respostas das grávidas nas quatro classes de diagnóstico e em cada item, mas não nos mostram, em concreto, qual a síntese dessas respostas num valor único, o qual, como recomendam os autores da HADS, deve refletir a concordância das distribuições com as percepções das

grávidas na realidade, isto é, devem identificar a presença ou ausência de perturbações consideradas patológicas (Zigmond & Snaith, 1983, p. 365).

O ponto crítico para identificar esta presença ou ausência é o limite superior e/ou inferior da linha de separação das classes (Idem). Com o propósito de identificar claramente a diferença entre as percepções das grávidas que frequentaram cursos de preparação para o parto e as das que não os frequentaram, calculámos este ponto crítico com base nos *scores* teoricamente atingíveis, multiplicando os parâmetros que medem os itens pelo número de respondentes, transformando, assim, os valores indicativos das classes de diagnóstico em variáveis intervalo.

Após o cálculo dos intervalos de *scores* teóricos adequados a cada classe de diagnóstico, estes foram comparados com os *scores* observados, permitindo-nos, deste modo, incluir rigorosamente os *scores* observados na respetiva classe de diagnóstico.

Inicialmente, fizemos este exercício para a amostra global e, em seguida, após dividirmos a amostra entre o conjunto de grávidas que frequentaram o curso de preparação para o parto e as que não o frequentaram, fizemos o mesmo para cada uma das amostras, que, como vimos, possuem dimensões diferentes.

Como podemos ler na Tabela 6 (página seguinte), os *scores* observados mostram que os níveis de ansiedade percebidos pelas grávidas são superiores aos níveis de depressão. Este aspeto mostra conformidade com os valores das frequências apresentados anteriormente, porém, uma leitura mais próxima mostra que, embora as frequências tenham mostrado a existência de uma percentagem importante de níveis de ansiedade considerados significativos (11,9%), o que indica a presença de casos patológicos, esta percentagem não tem significância estatística quando observada a concentração das respostas, como acontece na soma dos scores, que situa as percepções relativas à ansiedade no nível Normal (não-caso). Os efeitos ilusórios da distribuição das frequências são, assim, desfeitos pela concentração estatisticamente significativa das percepções na classe de não-casos.

Tabela 6

Scores totais (N= 422)

Scores indicativos	Scores teóricos		Scores observados	
	Ansiedade	Depressão	Ansiedade	Depressão
0-7 (Normal)	[0 – 2954[	[0 – 2954[	2911	1729
8-10 (Leve)	]2955 – 4220[	]2955 – 4220[	-	-
11-14 (Moderado)	]4221 – 5908[	]4221 – 5908[	-	-
15-21 (Grave)	]5909 – 8862]	]5909 – 8862]	-	-

Com a depressão passa-se algo semelhante. Como podemos ver, nem sequer se vislumbra uma eventual proximidade dos níveis de depressão observados do nível teoricamente considerado como patológico. Entre o nível indicado pelo *score* total (situado na classe “Normal”) e o nível “Moderado”, que, embora com pouca expressão (apenas 0,7% da amostra total), aparece nas frequências das respostas, situa-se ainda o nível “Leve”. Com efeito, não é muito provável que do nível de não-caso (“Normal”) se salte diretamente para o nível de caso (“Moderado”), tendo em conta que entre estes níveis ainda se situa uma classe (“Leve”).

À imagem do que foi feito para a amostra total, os *scores* calculados em cada uma das amostras definidas entre as grávidas que frequentaram e as que não frequentaram os cursos de preparação para o parto resultam da multiplicação dos *scores* indicativos pelo número de respondentes que constituem cada uma das duas amostras (181 na amostra referente às grávidas que frequentaram o curso de preparação para o parto e 241 na amostra referente às grávidas que não frequentaram o curso).

Na Tabela 7 (página seguinte), podemos observar que não há diferenças na localização dos *scores* encontrados nas duas amostras. Com efeito, em ambas as amostras, as perceções das grávidas sobre os seus níveis de ansiedade e de depressão situam-se na mesma classe de diagnóstico (“Normal”).

No que respeita à ansiedade, o diagnóstico situa-se na classe “Normal”, embora muito próximo da classe “Leve”; no que se refere à depressão, o diagnóstico situa-se na classe “Normal”, bem mais distante da classe seguinte do que os valores referentes à ansiedade. Em ambas as situações, não há diferença de diagnóstico entre as grávidas que frequentam o curso de preparação para o parto e as que não o frequentam. Numa fase ainda prévia da nossa análise, os resultados sugerem que a frequência de cursos de preparação para o parto não

influencia os níveis de ansiedade e de depressão percebidos pelas grávidas. Este resultado carece de uma conclusão mais rigorosa, que será procurada mais à frente.

Tabela 7

Scores totais em cada uma das amostras independentes

Scores indicativos	Scores observados					
	Scores teóricos		Ansiedade		Depressão	
	Com curso (N 181)	Sem curso (N 241)	Com curso	Sem curso	Com curso	Sem curso
0-7 (Normal)	[0 – 1267[	[0 – 1687[	1233	1678	745	984
8-10 (Leve)	]1268 – 1810[	]1688 – 2410[	-	-	-	-
11-14 (Moderado)	]1811-2534[	]2411-3374[	-	-	-	-
15-21 (Grave)	]2535 – 3801]	]3375 – 5061]	-	-	-	-

Apesar de não haver diferenças na classificação dos níveis de ansiedade e de depressão, há, porém, um padrão que se vislumbra: à semelhança do que foi encontrado na descrição das frequências das respostas, mantém-se a sugestão de que as grávidas manifestam níveis de ansiedade mais elevados do que de depressão.

Há ainda um outro aspeto que devemos salientar desde já, o qual, embora possa hipoteticamente não refletir significância estatística, não pode ser ignorado: as grávidas que frequentam os cursos de preparação para o parto percebem níveis inferiores de ansiedade e de depressão em comparação com as que não os frequentam. As diferenças são até algo relevantes. Com efeito, como podemos ver pela Figura 9 (página seguinte), no que se refere à ansiedade, há uma diferença de 445 pontos. Já no que se refere à depressão, a diferença é de 239 pontos.

Se tomarmos estas diferenças em termos absolutos, podemos aceitar que os cursos de preparação para o parto reduzem *potencialmente* os níveis de ansiedade e de depressão percebidos pelas grávidas, especialmente os primeiros.

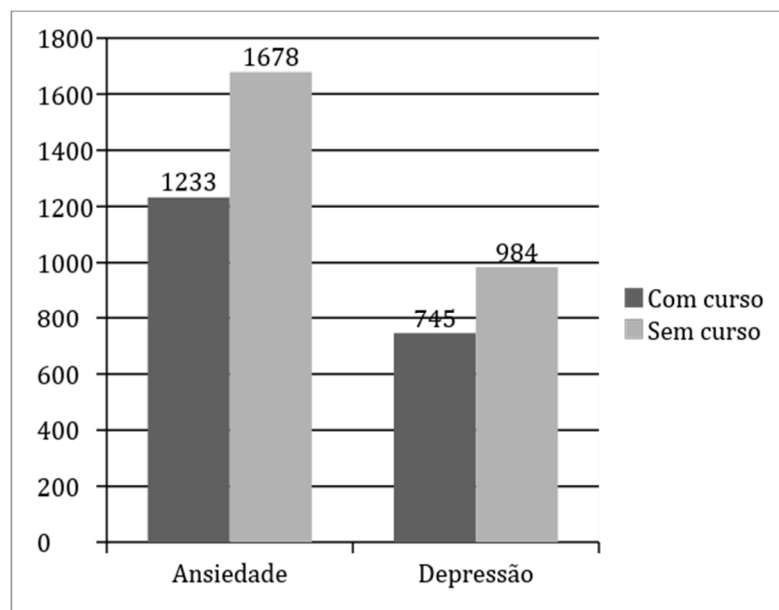


Figura 9. Diferenças de scores totais entre as duas amostras de grávidas

Calculando-se a média dos *scores* encontrados em cada subescala em ambas as amostras, constatamos que, em média, as grávidas que frequentaram os cursos de preparação para o parto percebem níveis mais reduzidos de ansiedade e de depressão do que as que não os frequentaram (Figura 10 – página seguinte).

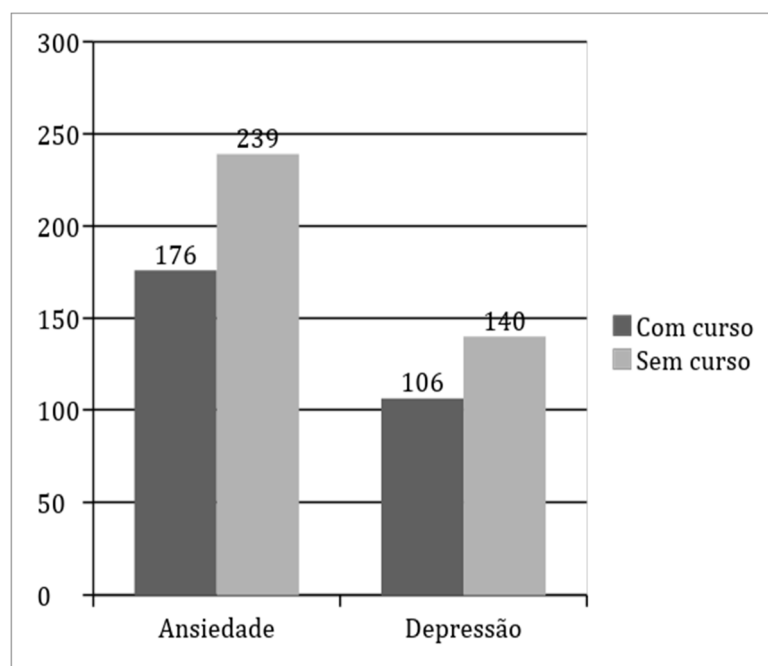


Figura 10. Média dos scores obtidos no conjunto dos itens de cada subescala de diagnóstico.

Em suma, as grávidas que não frequentaram cursos de preparação para o parto percebem níveis de ansiedade e de depressão mais elevados do que as que os frequentaram.

Analizadas as frequências e os scores dos níveis de ansiedade e de depressão percebidos pelas grávidas, impõe-se saber se estas percepções são influenciadas por outros fatores que não apenas a frequência de cursos de preparação para o parto, nomeadamente, os de ordem sociodemográfica.

3.4. Correlações

Apoiando-nos na avaliação dos *scores* totais (isto é, sem distinção das amostras) das duas subescalas que compõem a variável dependente, *scores* estes, que, sendo contínuos, implicam a aplicação de uma medida paramétrica (isto porque a dimensão da amostra permite a assunção do Teorema do Limite Central), calculámos o coeficiente de correlação entre os dois constructos “ansiedade” e “depressão” recorrendo ao r de Pearson. Verifica-se uma correlação significativa positiva moderada entre as duas subescalas ($r = .57, p < .01$), ou seja, quando a ansiedade aumenta a depressão aumenta também, covariando as duas medidas.

Já em relação às características sociodemográficas, não foram encontradas associações significativas entre os níveis de ansiedade percebidos pelas grávidas e as mesmas, nomeadamente a idade ($r = -.09, p = .07$) e as semanas de gestação ($r = -.04, p =$

.41). Contudo, a correlação com a idade é tendencialmente significativa ($p < .10$), ou seja, verifica-se uma tendência para a ansiedade diminuir, muito ligeiramente, à medida que a idade aumenta.

De forma semelhante, não foram encontradas associações significativas entre os níveis de depressão percebidos e as características sociodemográficas, seja a idade ($r = -.06$, $p = .23$) seja as semanas de gestação ($r = .01$, $p = .83$).

Os resultados mantêm-se se dividirmos a amostra nos dois grupos, com e sem preparação para o parto.

3.5. Diferenças entre os Grupos em Estudo

Para analisar a eficácia dos cursos nos níveis de ansiedade e depressão da grávida, procedemos à comparação das médias entre os grupos/amostras independentes (as grávidas que frequentaram os cursos e as grávidas que não frequentaram os cursos) aplicando o teste paramétrico *t-Student*. A dimensão dos grupos permitiu a aplicação do Teorema do Limite Central, considerando assim as distribuições como aproximadas à normalidade. O teste foi aplicado com um nível de significância de $p < .05$ e um intervalo de confiança de 95%.

No que se refere à ansiedade, os resultados indicam que não existem diferenças significativas entre os dois grupos [$t(420) = -0.45$, $p = .65$], sendo as suas médias idênticas (grávidas que frequentaram: $M = 6.81$, $DP = 3.31$; grávidas que não frequentaram: $M = 6.96$, $DP = 3.49$).

No que se refere à depressão, também não existem diferenças significativas entre os dois grupos [$t(420) = 0.48$, $p = .63$], sendo as médias obtidas semelhantes (grávidas que frequentaram: $M = 3.5$, $DP = 2.27$; grávidas que não frequentaram: $M = 3.4$, $DP = 2.2$).

Uma vez que algumas das grávidas não fizeram preparação para o parto porque já o haviam feito anteriormente (numa gravidez anterior), procurámos verificar a existência de diferenças entre os grupos, excluindo essas grávidas (que, embora tenham sido inseridas no grupo das que não frequentaram, frequentaram anteriormente). Os resultados mantêm-se, evidenciando a ausência de diferenças significativas, quer ao nível da ansiedade, quer ao nível da depressão (Tabela 8 – página seguinte).

Tabela 8

Diferenças de médias entre os grupos (frequência dos cursos)

Variável	Grávidas que frequentaram M (DP)	Grávidas que não frequentaram M (DP)	Diferença
Ansiedade	6.84 (3.29)	7.35 (3.59)	$t(349) = -1.38, p = .17$
Depressão	3.52 (2.26)	3.54 (2.34)	$t(349) = -0.07, p = .95$

No que se refere à ansiedade, apesar de as grávidas que não frequentaram cursos de preparação terem valores médios superiores, as diferenças não são significativas. No caso da depressão, os valores médios dos dois grupos são semelhantes.

Considerámos pertinente comparar as grávidas que estão na sua primeira gravidez. Os resultados demonstram que existe uma diferença tendencialmente significativa, ao nível da ansiedade [$t(246) = -1.88, p = .06$], obtendo as grávidas que não frequentaram cursos de preparação valores médios superiores, comparativamente às que frequentaram esses cursos (respetivamente, $M = 7.41, DP = 3.56$ e $M = 6.62, DP = 3.17$). Na depressão, as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas [$t(246) = -0.44, p = .66$].

Para avaliar a preponderância da situação no emprego sobre os níveis de ansiedade e de depressão destas grávidas, comparámos aquelas que afirmaram ter preocupações quanto à estabilidade profissional devido ao facto de estarem grávidas com aquelas que disseram não ter essa preocupação. Os resultados indicam que as primeiras têm valores significativamente superiores de ansiedade, comparativamente com as segundas. Na depressão, essa diferença não se verifica (Tabela 9 – página seguinte).

Tabela 9

Diferenças de médias entre os grupos em estudo (situação no emprego)

Variável	Grávidas c/ preocupações laborais M (DP)	Grávidas s/ preocupações laborais M (DP)	Diferença
Ansiedade	7.68 (3.73)	6.71 (3.40)	$t(389) = 2.05, p = .04$
Depressão	3.52 (2.47)	3.41 (2.19)	$t(389) = 0.36, p = .72$

Verificámos, ainda, que a preocupação com a possibilidade de ser despedida é independente do tipo de vínculo com a entidade empregadora [$H(3) = 1.46, p = .69$].

São estes os resultados que constituem a matéria para discussão, a realizar no próximo capítulo.

Parte IV – Discussão

Os testes estatísticos aplicados mostraram, portanto, que os programas de preparação para o parto não estão significativamente relacionados com os níveis de ansiedade e de depressão percebidos pelas grávidas, não os modificando nem no sentido de melhorar o seu bem-estar e a sua saúde mental durante a gravidez nem no sentido inverso. Esta é a resposta à pergunta de partida do nosso estudo.

Estes resultados revelam indicadores importantes para refletir sobre os efeitos da frequência de cursos de preparação para o parto na saúde mental das grávidas, nomeadamente, nos níveis de ansiedade e de depressão por elas percebidos.

O primeiro resultado a merecer destaque tem a ver com a diferença das frequências das perceções de ansiedade em comparação com as frequências das perceções de depressão. Foi observado que as grávidas percebiam níveis mais elevados de ansiedade do que de depressão. Este dado não é estranho, como lembram Pais-Ribeiro et al. (2007); na verdade, revela que a ansiedade, enquanto resposta comum em situações de stresse geral (cf. Selye, 1951), é um comportamento associado à adaptação a situações que exigem esforços ou apresentam perigo, tais como as que são associadas a condições de gravidez, especialmente quando estas apresentam risco. Trata-se, portanto, de um padrão usual, que foi observado em vários locais (e.g. Anderson et al., 2003; Constantini et al., 1999; Johnston et al., 2000; Martin et al., 2003; Martin & Thompson, 2000; Osborne et al., 2004, todos citados em Pais-Ribeiro et al., 2007) e que não constitui um indicador problemático.

O segundo resultado a merecer destaque é o que mostra haver diferenças nas frequências e nos *scores* das perceções de níveis de ansiedade e de depressão entre as amostras, revelando valores mais elevados na amostra das grávidas que não frequentaram cursos de preparação para o parto. Este resultado concorda com os resultados obtidos em outros estudos (e.g. Stangret et al., 2009, citados por Krysa et al., 2016; Baghdari et al., 2015) e sugere, como vimos, que os cursos de preparação para o parto reduzem *potencialmente* os níveis de ansiedade e de depressão percebidos pelas grávidas, especialmente os primeiros. Como também vimos, estes resultados não demonstram ter significância estatística no momento de avaliação das correlações entre as perceções dos níveis de ansiedade e de depressão emitidas pelas grávidas. Porém, mesmo face a esta ausência de significância estatística, não podemos deixar de observar que, de facto, em termos absolutos, se regista uma diferença nos níveis de perceções, apesar de esta diferença não provocar modificações de categoria na escala de diagnósticos.

O terceiro resultado com maior destaque é o que conclui que nem a opção pela frequência dos cursos de preparação para o parto nem as perceções dos níveis de ansiedade e

de depressão são influenciados pelas características sociodemográficas das grávidas. Isto significa que:

- A opção de frequência dos cursos de preparação para o parto *não* está associada aos atributos sociodemográficos das grávidas, rejeitando-se a hipótese H3;
- Os níveis de ansiedade percebidos *não* são influenciados pelos atributos sociodemográficos das grávidas, rejeitando-se a Hipótese H4; e
- Os níveis de depressão percebidos *não* são influenciados pelos atributos sociodemográficos das grávidas, rejeitando-se a Hipótese H5.

Também neste particular, os resultados encontrados no nosso estudo são conformes aos resultados encontrados na literatura especializada. De facto, dos poucos trabalhos que encontrámos a analisar esta eventual relação, as conclusões indicavam dúvidas sobre essa influência. Enquanto, num estudo de aplicação do HADS a uma população geral, Hinz e Brähler (2011) tinham encontrado relações entre a idade e a depressão (predominância desta nas pessoas mais velhas) e o género e a ansiedade (predominância desta nas mulheres) e uma relação indeterminada entre depressão e género e entre ansiedade e idade. Quinlivan et al. (2004), num estudo sobre a percepção dos níveis de depressão em grávidas adolescentes, não encontraram relação entre os níveis de depressão percebidos e a idade, mas encontraram influências do nível habilitacional e do nível de rendimentos (em ambas as situações, quanto mais baixos os níveis, maior a depressão percebida).

O quarto resultado a merecer destaque é o que contraria a existência de uma relação estatística significativa que ligue claramente as diferenças observadas nas frequências e nos scores das percepções de níveis de ansiedade e de depressão entre as amostras à opção da frequência de cursos de preparação para o parto. Com efeito, não foram encontradas relações significativas entre as percepções dos níveis de ansiedade e de depressão das grávidas e a frequência dos cursos, o que significa que não podemos afirmar que os níveis de ansiedade e de depressão percebidos pelas grávidas são influenciados pela frequência de cursos de preparação para o parto. Também aqui os resultados do presente estudo alinham pelas conclusões encontradas nas principais revisões dos efeitos dos cursos no estado emocional da grávida segundo as quais esses efeitos variam entre a não eficácia e a eficácia (e.g. Alderdice et al., 2013; Guardino & Schetter, 2014). O contraste encontrado no nosso próprio estudo entre a modificação positiva das frequências e dos *scores* que descrevem as percepções das grávidas e a falta de relação entre estas frequências e a frequência dos cursos demonstra

precisamente a indeterminação desses efeitos. Por conseguinte, podemos afirmar que no nosso estudo não ficou demonstrada a influência positiva da frequência de cursos de preparação para o parto e os diagnósticos de ansiedade e de depressão durante a fase gestacional, tal como sucede em vários estudos sobre o mesmo problema (Alderdice et al., 2013). Conclui-se, portanto, que *os programas de preparação para o parto não influenciam significativamente os níveis de ansiedade e de depressão percebidos pelas grávidas, não os diminuindo*, logo:

- a frequência de programas de preparação para o parto *não* está associada a níveis inferiores de ansiedade percebidos pelas grávidas, o que implica a rejeição da hipótese H1;
- a frequência de programas de preparação para o parto *não* está associada a níveis inferiores de depressão percebidos pelas grávidas, o que implica a rejeição da hipótese H2.

Se os resultados encontrados no presente estudo pudessem ser tomados como definitivos para responder à pergunta sobre “qual o impacto da frequência de cursos de preparação para o parto nos níveis de ansiedade e de depressão percebidos pelas grávidas?”, a resposta só poderia ser: “a frequência de cursos de preparação para o parto não influencia os níveis de ansiedade e de depressão percebidos pelas grávidas”. Considerando que, como vimos, esta resposta não pode ser entendida como definitiva, uma vez que os estudos sobre o mesmo problema revelam respostas díspares, pensamos contudo que – e tendo em conta que as modificações registadas nas frequências e nos scores sugerem que a frequência de cursos de preparação para o parto é, no mínimo, útil para ajudar as grávidas a gerir os seus níveis de ansiedade e de depressão – se abre lugar para a emergência de uma outra pergunta, já não tão preocupada com os efeitos dos cursos no seu cômputo geral, mas sim com as modificações pontuais que eles provocam nas perceções das grávidas. Esta pergunta poderia ser: “Que lugar para os cursos de preparação para o parto?”

Considerando que os cursos ajudam as grávidas a gerir dimensões específicas das suas perceções de ansiedade e de depressão, pensamos que a sua função preventiva é muito importante. Ao ajudar a gerir esses aspetos particulares, os cursos podem produzir efeitos latentes, não manifestos, que, para além de ajudarem as grávidas durante o período gestacional podem prolongar os seus benefícios no pós-parto e, como tivemos oportunidade de ver, influenciar o próprio desenvolvimento da criança (Baghdari et al., 2015). A prevenção é, ademais, a principal vantagem explícita dos cursos de preparação para o parto.

Com implicações na percepção da intensidade (medida pelas frequências e pelos scores) da percepção da ansiedade e da depressão, os cursos podem, de facto, ocupar um lugar muito importante no contexto das medidas de prevenção de crises emocionais nas grávidas, as quais, como se sabe, podem prolongar-se em situações que podem evoluir para planos patológicos graves, como é o caso dos níveis elevados de depressão pós-parto.

A propagação de “sintomas” mal geridos durante o período gestacional em todo o período perinatal poderá ser relativamente limitada pela aplicação de programas de prevenção (Austin, 2004). O nosso estudo mostrou que as grávidas percebiam níveis “leves” de ansiedade e “normais” de depressão. Se optarmos por desenvolver estratégias de prevenção de níveis mais elevados tanto de ansiedade como de depressão seguindo o modelo, anteriormente apresentado, de Mrazek e Haggerty (1994), poderemos desenhar programas com medidas universais, dirigidas à totalidade da população, cujas percepções de níveis de ansiedade e de depressão se situarão, por defeito, no nível “Normal” (*scores* 0 a 7). A implementação de tais programas poderia incluir, mas não se limitar a, cursos de preparação para o parto. No seu conjunto, as medidas a implementar nesta prevenção universal preveriam a hipótese de incluir medidas de ajustamento a situações patológicas “moderadas” e mesmo “graves” que fossem surgindo. Para detetar este surgimento, o desenvolvimento de um plano de monitorização, no qual a HADS poderia servir de instrumento de diagnóstico, devido à sua parcimónia e usabilidade, seria essencial. A aplicação de medidas de prevenção “seletiva” e “indicada” figuraria, assim, como uma estratégia que ajudaria a atacar eventuais problemas atempadamente. A nosso ver, este quadro de aplicação garantiria a manutenção da atenção clínica sobre o estado emocional das grávidas e, por isso, promoveria a sua saúde mental.

Conclusão

A preparação da gestante para o parto e a maternidade é uma problemática extremamente importante. Segundo Brazelton e Cramer (2002) a gravidez é um acontecimento complexo, em que é necessário um acompanhamento constante para que se obtenham resultados mais satisfatórios tanto na hora do parto como no pós-parto, e até mesmo no que diz respeito aos cuidados e desenvolvimento da criança. A ideia generalizada (Brazelton & Cramer, 2002) é que este acompanhamento poderá contribuir para uma melhor gestão do stress, da ansiedade ou da depressão da futura mãe.

Os cursos de preparação para o parto são intervenções já com algumas décadas de história cujo modelo foi desenvolvido por Grantly Dick-Read e cuja aplicação está largamente difundida enquanto *modus operandi* comum para gerir os estados mentais das grávidas (Spinelli & Endicott, 2003). Apesar desta difusão, os impactos da frequência dos cursos de preparação para o parto na saúde mental das futuras mães não são claros. Os resultados dos diversos estudos sobre este problema não são conclusivos. Face a esta indeterminação, resolvemos revisitar o tema dos efeitos da frequência de cursos de preparação para o parto na percepção dos níveis de ansiedade e de depressão por parte das grávidas.

Adotando um desenho descritivo e exploratório, de cariz quantitativo e transversal, fizemos um levantamento das percepções sobre os níveis de ansiedade e de percepção percebidos, através da aplicação da HADS, em duas amostras de grávidas, uma que tinha frequentado cursos de preparação para o parto e outra que não tinha frequentado este tipo de cursos. Embora as percepções dos níveis de ansiedade e de depressão entre as duas amostras se tenham revelado diferentes em todos os aspetos questionados, estas diferenças não são estatisticamente significativas. Este resultado mostra que não é possível afirmar com segurança que a frequência de cursos de preparação para o parto produza efeitos nos níveis de ansiedade e de depressão percebidos pelas grávidas. Este é, portanto, um resultado que concorda com a ideia inicial da indeterminação desses efeitos.

Apesar dessa indeterminação estatística, a descrição das percepções mostra que há sinais de influência dos cursos na percepção dos níveis de ansiedade e de depressão por parte das futuras mães. Este resultado não pode ser simplesmente ignorado. Significando que a frequência dos cursos de preparação para o parto não é irrelevante no âmbito do estado emocional das grávidas, estes últimos dados sugerem que a frequência dos cursos é, ao invés, útil para as grávidas gerirem os seus níveis de ansiedade e de depressão.

Os resultados encontrados ajudam-nos a perceber os aspetos concretos em que as grávidas mais sentem alterações no seu estado mental em função da sua frequência ou não de cursos de preparação para o parto, assim como também nos mostram que, na sua generalidade, as futuras mães experimentam níveis de ansiedade e de depressão normais, que não chegam, portanto, a ser considerados patológicos. Estes são os principais contributos do nosso estudo, já que comprovam que os cursos de preparação para o parto, embora não sejam decisivos para determinar o estado emocional das futuras mães, podem ser úteis enquanto meios de gestão e de monitorização dos níveis de ansiedade e de depressão.

As principais limitações do estudo prendem-se com dois aspetos maiores: a relativa pequena dimensão das amostras e a não inclusão de dados obtidos por via da observação direta, ou até por via de entrevistas às grávidas. A relativamente pequena dimensão das amostras impede a diluição de algumas eventuais imprecisões estatísticas, como, por exemplo, a distribuição das frequências com maior rigor entre as classes, que poderia contribuir para a definição mais segura de um diagnóstico dos níveis de ansiedade e de depressão. A falta de dados do tipo qualitativo impede-nos de desfazer algumas dúvidas que é natural surgirem quando se aplicam instrumentos sintéticos como a HADS. Neste particular, seria interessante perceber que significado as futuras mães davam às suas perceções, como, por exemplo, se estas decorriam de alterações naturais associadas à alteração da sua disposição ou do seu corpo. Um outro exemplo da grande vantagem que seria obter esse tipo de dados resultaria da interpretação das oscilações emocionais relacionadas com aspetos significativos da experiência de gestação e do próprio processo de construção da maternidade focando situações de maior crise, como as que resultam de eventuais incertezas perante eventos de risco para a saúde do feto ou da própria grávida. Na verdade, embora tivéssemos sido informados da manifestação de inúmeras situações de risco, não pudemos obter mais informações sobre estas mesmas situações. As experiências que as futuras mães vivem nessas situações de risco poderão constituir, até, momentos de elevada tensão e ansiedade que poderão, mais tarde, após a resolução da crise, permanecer na memória e na mente da já mãe. Como se sabe, no âmbito da psicologia, estes eventos subjetivamente significativos podem ser objetivamente significativos.

Referências

- Abdulla, A. & Abdulla, A. (2004). Exercise and pregnancy. *Middle East Journal of Family Medicine*, 2(2), 1-7.
- Adams, S.; Daly, J. & Morgan, K. (2014). Maternal Anxiety During and After Pregnancy: Effects on Child Internalizing Behaviour. *Ann Depress Anxiety*, 1(7), 1-6.
- Adeniran, A.; Aboyeji, A.; Fawole, A.; Balogun, O.; Adesina, K. & Adeniran, P. (2015). Male Partner's Role during Pregnancy, Labour and Delivery: Expectations of Pregnant women in Nigeria. *International Journal of Health Sciences*, 9(3), 305-313.
- Alderdice, F.; McNeill, J. & Lynn, F. (2013). A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being. *Midwifery*, 29, 389-399.
- Alexander, J.; Levy, V. & Roch, S. (Eds.) (1990). *Antenatal Care: A research-based approach*. London: MacMillan.
- Affonso, D. & Mayberry, L. (1990). Common stressors reported by a group of childbearing American women. *Health Care for Women International*. 11, 331-345.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2003). Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 46(2), 496-499.
- Anniverno, R.; Bramante, A.; Mencacci, C. & Durbano, F. (2013). Anxiety disorders in pregnancy and the postpartum period. In F. Durbano & B. Marchesi (Eds.) *New developments in anxiety disorders* (pp. 259-285). Open Access. Consulta em 23/01/2017. Disponível em: <https://www.intechopen.com/books/new-insights-into-anxiety-disorders/anxiety-disorders-in-pregnancy-and-the-postpartum-period>
- Antle, K. (1975). Psychologic Involvement in Pregnancy by Expectant Fathers. *JOGN Nursing*, July/August, 40-42.
- Arndt, J. (2001). The expectant father: Men's status passage and experience of pregnancy. Tese de Doutorado em Sociologia submetida à McMaster University. Hamilton, Ontario.
- Austin, M.-P. (2004). Antenatal screening and early intervention for “perinatal” distress, depression and anxiety: Where to from here? *Archives of Women's Mental Health*, 7, 1-6.
- AWHONN (2015). Mood and Anxiety disorders in pregnant and postpartum women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(5), 687-689.

- Aznal, S.; Wong, C.; Tan, P.; See, V. & Wong, C. (2014). Mother's mental preparedness for pregnancy: The affecting factors and its effect on birth outcomes. *IeJSME*, 8(3), 19-27.
- Baghdari, N.; Sahebzad, E. & Kheirkhah, M. (2015). The effect of pregnancy-adaptation training package on the anxiety of pregnant women with a prior history of fetal or neonatal death. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*, 3(2), 355-360.
- Bailey, L. (1999). Refracted Selves? A Study of Changes in Self-Identity in the Transition to Motherhood. *Sociology*, 33(2), 335-352.
- Barclay, L.; Everitt, L.; Rogan, F.; Schmied, V. & Wyllie, A. (1997). Becoming a mother: An analysis of women's experience of early motherhood. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 719-728.
- Barlow, J.; Coren, E. & Stewart-Brown, S. (2003). Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health (Review). *The Cochrane Library*, 4. Disponível em <http://www.thecochranelibrary.com>. Consulta em 21/11/2015.
- Belsky, J. & Nezworski, T. (1984). *Clinical implications of attachment*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Bjelland, I.; Dahl, A.; Haug, T. & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77.
- Bjørk, M.; Veiby, G.; Engelsen, B. & Gilhus, N. (2015). Depression and anxiety during pregnancy and the postpartum period in women with epilepsy. A review of frequency, risks and recommendations for treatment. *Seizure*, 28, 39-45.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss. Volume I – Attachment*. New York: Basic Books.
- Brazelton, B. & Cramer, B. (2002). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brummelte, S. & Galea, L. (2015). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*. DOI: 10.1016/j.yhbeh.2015.08.008
- Bunevicius, R.; Kusminskas, L.; Bunevicius, A.; Nadisauskiene, R.; Jureniene, K. & Pop, V. (2009). Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 88, 599-605.
- Canguilhem, G. (1966 [2007]). *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF.
- Chodorow, N. (1978). Considerations on a biosocial perspective on parenting. *Berkeley Journal of Sociology*, 22, 179-197.

- Choi, P.; Henshaw, C.; Baker, S. & Tree, J. (2005). Supermum, superwife, supereverything: performing femininity in the transition to motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(2), 167-180.
- Clinton, J. (1986). Expectant fathers at risk for couvade. *Nursing Research*, 35(5), 290-295.
- Consonni, E.; Calderon, I.; Consonni, M.; De Conti, M.; Prevedel, T. & Rudge, M. (2010). A multidisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: maternal anxiety and perinatal outcomes. *Reproductive Health*, 7(28), 1-6.
- Darvill, R.; Skirton, H.; & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: A qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26, 357-366.
- Davim, R.; Torres, G. & Dantas, J. (2009). Effectiveness of non-pharmacological strategies in relieving labor pain. *Rev Esc Enferm USP*, 43(2), 435-441.
- Davis-Floyd, R. (1993). The technocratic model of birth. In S. Hollis; L. Pershing & M. Young (Eds.) *Feminist Theory in the Study of Folklore* (pp. 297-326). Illinois: University of Illinois Press.
- Davis-Floyd, R. (2005). On Birth. In J. Birx (Ed.) *Sage Encyclopedia of Anthropology*. London: Sage Publications.
- Deklava, L.; Lubina, K.; Circenis, K.; Sudraba, V. & Millere, I. (2015). Causes of anxiety during pregnancy. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 205, 623-626.
- Dennis, C.-L. & Chung-Lee, L. (2006). Postpartum Depression Help-Seeking Barriers and Maternal Treatment Preferences: A Qualitative systematic review. *BIRTH*, 33(4), 323-331.
- Devilata, T. & Swarna, S. (2015). Effectiveness of pre delivery preparation on anxiety among primigravida mothers at maternal child health centre Tirupati, AP, India. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 4(6), 19-24.
- Dick-Read, G. (1944) *Childbirth without fear: The principles and practice of natural childbirth*. London: Pollinger In Print.
- DiPietro, J.; Novak, M.; Costigan, K.; Atella, L. & Reusing, S. (2006). Maternal psychological distress during pregnancy in relation to child development at age two. *Child Development*, 77(3), 573-587.
- Doering, S. & Entwisle, D. (1975). Preparation during pregnancy and ability to cope with labor and delivery. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45(5), 825-837.

- Dolatian, M.; Mahmoodi, Z.; Alavi-Majd, H.; Moafi, F.; Ghorbani, M. & Mirabzadeh, A. (2016). Psychosocial factors in pregnancy and birthweight: Path analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, pp. 1-9. DOI:10.1111/jog.12991
- Evans, J.; Heron, J.; Francomb, H.; Oke, S. & Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*, 323, 257-260.
- Flores, D. & Hendrick, V. (2002). Etiology and treatment of postpartum depression. *Current Psychiatry Reports*, 4, 461-466.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF.
- Gartstein, M. & Iverson, S. (2014). Attachment Security: The Role of Infant, Maternal, and Contextual Factors. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2), 261-276.
- Glazer, G. (1989). Anxiety and Stressors of Expectant Fathers. *Western Journal of Nursing Research*, 11(1), 47-59.
- Goodman, J. & Santangelo, G. (2011). Group treatment for postpartum depression: A systematic review. *Arch Womens Ment Health*, 14, 277-293.
- Greenhalgh, R.; Slad, P. & Spiby, H. (2000). Fathers' coping style, antenatal preparation, and experiences of labor and the postpartum. *BIRTH*, 27(3), 177-184.
- Guardino, C. & Schetter, C. (2014). Understanding Pregnancy Anxiety: Concepts, Correlates, and Consequences. *Zero to Three*, March, 12-21.
- Gurung, R.; Dunkel-Schetter, C.; Collins, N.; Rini, C. & Hobel, C. (2005). Psychosocial predictors of prenatal anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(4), 497-519.
- Harwood, K.; McLean, N. & Durkin, K. (2007). First-time mothers' expectations of parenthood: What happens when optimistic expectations are not matched by later experiences? *Developmental Psychology*, 43(1), 1-12.
- Hay, D.; Pawlby, S.; Waters, C. & Sharp, D. (2008). Antepartum and postpartum exposure to maternal depression: Different effects on different adolescent outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(10), 1079-1088.
- Hinz, A. & Brähler, E. (2011). Normative values for the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in the general German population. *Journal of Psychosomatic Research*, 71, 74-78.
- Hofberg, K. & Brockington, I. (2000). Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *British Journal of Psychiatry*, 176, 83-85.

- Hofberg, K. & Ward, M. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J*, 79, 505-510.
- Hofberg, K. & Ward, M. (2004). Fear of Childbirth, Tocophobia, and Mental Health in Mothers: The Obstetric-Psychiatric interface. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(3), 527-534.
- Kendell, R.; Chalmers, J. & Platz, C. (1987). Epidemiology of puerperal psychoses. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 662-673.
- Kitzinger, S. (1978). Pain in childbirth. *Journal of medical ethics*, 4, 119-121.
- Kitzinger, S. (2006). *Birth Crisis*. London: Routledge.
- Krysa, J.; Iwanowicz-Palus, G.; Bién, A.; Rzonca, E. & Zarajczyk, M. (2016). Antenatal classes as a form of preparation for parenthood: Analysis of benefits of participating in prenatal education. *Polish Journal of Public Health*, 126(4), 192-196.
- Lamb, G. & Lipkin, M. (1982). Somatic Symptoms of Expectant Fathers. *MCN*, March/April, 7, 110-113.
- Lee, A.; Lam, S.; Lau, S.; Chong, C.; Chiu, H. & Fong, D. (2007). Prevalence, Course, and Risk Factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics & Gynecology*, 110(5), 1102-1112.
- Lee, C. (1997). Social context, depression and the transition to motherhood. *British Journal of Health Psychology*, 2, 93-108.
- Lee, E. (2006). Medicalizing Motherhood. *Society*, 43(6), 47-50.
- Leifer, M. (1980). Pregnancy. *Signs*, 5(4), 754-765.
- Leigh, B. & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8(24), 1-11.
- Leis, J.; Mendelson, T.; Tandon, S. & Perry, D. (2009). A systematic review of home-based interventions to prevent and treat postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*, 12, 3-13.
- Littleton, H.; Bretkopf, C. & Berenson, A. (2007). Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: A meta-analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, May, 424-432.
- Lorber, J. (1975). Women and Medical Sociology: Invisible Professionals and Ubiquitous Patients. *Sociological Inquiry*, 45(2-3), 75-105.
- Lowdermilk, D. (2006). Anatomy and physiology of pregnancy. In D. Lowdermilk & S. Perry (Eds.), *Maternity Nursing* (pp. 208–230). St. Louis: Mosby Elsevier.

- MacDonald, M. (1999). Expectations: The cultural construction of nature in midwifery discourse in Ontario. Thesis submitted to the Faculty of Graduate Studies, York University, Ontario.
- Madhavanprabhakaran, G.; Kumar, K.; Ramasubramaniam, S. & Akintola, A. (2013). Effects of pregnancy related anxiety on labour outcomes: A prospective cohort study. *Journal of Research in Nursing and Midwifery*, 2(7), 96-103.
- Matthey, S.; Kavanagh, D.; Howie, P.; Barnett, B. & Charles, M. (2004). Prevention of postnatal distress or depression: An evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes. *Journal of Affective Disorders*, 79, 113-126.
- Matthey, S. & Ross-Hamid, C. (2011). The validity of DSM symptoms for depression and anxiety disorders during pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 133(3), 546-552.
- Mercer, R. (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232.
- Miller, L.; Warner, V.; Wickramaratne, P. & Weissman, M. (1999). Self-Esteem and Depression: Ten year follow-up of mothers and offspring. *Journal of Affective Disorders*, 52, 41-49.
- Misri, S.; Abizadeh, J.; Sanders, S. & Swift, E. (2015). Perinatal Generalized Anxiety Disorder: Assessment and Treatment. *Journal of Women's Health*, 24(9), 762-770.
- Mrazek, P. & Haggerty, R. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Fontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press.
- Murphy-Black, T. (1990). Antenatal Education. In J. Alexander; V. Levy & S. Roch (Eds.). *Antenatal Care: A research-based approach* (pp. 88-104). London: MacMillan.
- Nelson, A. (2003). Transition to Motherhood. *JOGNN*, 32(4), 465-477.
- NHS (2009). *The Pregnancy Book*. Disponível em: https://www.stgeorges.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/11/Pregnancy_Book_comp.pdf. Consulta em 04/03/2014.
- Nicolson, P. (2006). *Post-Natal Depression: Psychology, Science and the Transition to Motherhood*. London: Routledge.
- O'Connell, M.; Leahy-Warren, P.; Khashan, A. & Kenny, L. (2015). Tocophobia: The new hysteria? *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*. Consulta em 21/2/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogrm.2015.03.002>
- O'Hara, M. (2009). Postpartum depression: What we know. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1258-1269.
- Olde, E.; van der Hart, O.; Kleber, R. & van Son, M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clinical Psychology Review*, 26, 1-16.

- Orr, S.; Blazer, D.; James, S. & Reiter, J. (2007). Depressive symptoms and indicators of maternal health status during pregnancy. *Journal of Women's Health*, 16(4), 535-542.
- Ouzounian, J. & Elkayam, U. (2012). Physiologic Changes During Normal Pregnancy and Delivery. *Cardiol Clin*, 30, 317-329.
- Paarlberg, K.; Vingerhoets, A. & van Geijn, H. (2006). Maternal stress and labor. In A. Kurjak & F. Chervenak (Eds.) *Textbook of Perinatal Medicine* (pp. 1998-2005), New York: Taylor & Francis.
- Pais-Ribeiro, J.; Silva, I.; Ferreira, T.; Martins, A.; Menses, R. & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237.
- Pancer, S.; Pratt, M.; Hunsberger, B. & Gallant, M. (2000). Thinking Ahead: Complexity of Expectations and the Transition to parenthood. *Journal of Personality*, 68(2), 253-280.
- Parens, H. (1975). Parenthood as a Developmental Phase. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2(23), 154-165.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. Glencoe, IL: The Free Press.
- Paulson, J. & Bazemore, S. (2010). Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression: A Meta-analysis. *JAMA*. 303(19), 1961-1969.
- Polan, J. & Hofer, M. (2016). Psychobiological Origins of Infant Attachment and Its Role in Development. In J. Cassidy and P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 117-132). New York: Guilford Press.
- Prince, J. & Adams, M. (1990). The psychology of pregnancy. In J. Alexander; V. Levy & S. Roch (Eds.). *Antenatal Care: A research-based approach* (pp. 120-133). London: MacMillan.
- Prinds, C.; Hvidt, N.; Mogensen, O; & Buus, N. (2014). Making existential meaning in transition to motherhood: A scoping review. *Midwifery*, 30(6), 733-741.
- Quinlivan, J.; Tan, L.; Steele, A. & Black, K. (2004). Impact of demographic factors, early family relationships and depressive symptomatology in teenage pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 197-203.
- Rank, O. (1929). *The Trauma of Birth*. London: Kegan Paul.
- RANZCOG (2017). Depression and anxiety during pregnancy and following birth. *RANZCOG*, 3, 1-2.
- Redshaw, M. & Martin, C. (2011). Motherhood: A natural progression and a major transition. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(4), 305-307.

- Reid, H.; Power, M. & Cheshire, K. (2009). Factors influencing antenatal depression, anxiety and stress. *British Journal of Midwifery*, 17(8), 501-508.
- Roberts, H.; Wootton, I.; Kane, K. & Harnett, W. (1953). The value of antenatal preparation. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 60, 404-408.
- Rogan, F.; Shmied, V.; Barclay, L.; Everitt, L. & Wyllie, A. (1997). 'Becoming a mother'—developing a new theory of early motherhood. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 877-885.
- Romm, A. (2014). Diagnosing and Treating Depression During Pregnancy. *Alternative & Complementary Therapies*, 20(2), 76-79.
- Rosengren, W. (1961). Social Sources of Pregnancy as Illness or Normality. *Social Forces*, 39(3), 260-267.
- Rosengren, W. (1962). The Sick Role During Pregnancy: A Note on Research in Progress. *Journal of Health and Human Behavior*, 3(3), 213-218.
- Roy-Matton, N.; Moutquin, J.-M.; Brown, C.; Carrier, N. & Bell, L. (2011). The impact of perceived maternal stress and other psychosocial risk factors on pregnancy complications. *J Obstet Gynaecol Can*, 33(4), 344-352.
- Rubin, R. (1967). Attainment of the maternal role. Part I. Processes. *Nursing Research*, 16(3), 237-245.
- Rubin, R. (1970). Cognitive Style in Pregnancy. *The American Journal of Nursing*, 70(3), 502-508.
- Rubin, R. (1984). *Maternal Identity and the Maternal Experience*. New York: Springer.
- Santvana, S.; Shamsah, S.; Firuza, P. & Rajesh, P. (2005). Psychiatric disorders associated with pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 55(3), 218-227.
- Schetter, C. & Tanner, L. (2014). Anxiety, Depression and Stress in Pregnancy: Implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion Psychiatry*, 25, 141-148.
- Selye, H. (1998 [1936]). A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents. *Journal of Neuropsychiatry*, 10(2), 230-231.
- Selye, H. (1951). The General Adaptation Syndrome and the Diseases of Adaptation. *American Journal of Medicine*, May, 549-555.
- Silvestre, A. (2007). *Análise de dados e estatística descritiva*. Lisboa: Escolar Editora.
- Smith, J. (1991). Conceiving Selves: A Case Study of Changing Identities during the Transition to Motherhood. *Journal of Language and Social Psychology*, 10(4), 225-243.

- Soma-Pillay, P.; Nelson-Piercy, C.; Tolppanen, H. & Mebazaa, A. (2016). Physiological changes in pregnancy. *Cardiovascular Journal of Africa*, 27(2), 89-94.
- Spinelli, M. & Endicott, J. (2003). Controlled Clinical Trial of Interpersonal Psychotherapy versus Parentign Education Program for depressed pregnant women. *American Journal of Psychiatry*, 160, 555-562.
- Stephenson, J.; Patel, D.; Barrett, G.; Howden, B.; Copas, A.; Ojukwu, O.; Pandya, P. & Shawe, J. (2014). How do women prepare for pregnancy? Preconception experiences of women attending antenatal services and views of health professionals. *PLoS ONE* 9(7): e103085.
- Straker, M. (1954). Psychological factors during pregnancy and childbirth. *Canad. M. A. J.*, 70, 510-514.
- Sutherland, S. (1997). Pregnancy: A social construction. Thesis submitted to the Faculty of Graduate Studies and Research, Lakehead University, Ontario.
- Teichman, Y. & Lahav, Y. (1987). Expectant fathers : Emotional reactions, physical symptoms and coping styles. *British Journal of Medical Psychology*, 60, 225-232.
- Wang, T. & Apgar, B. (1998). Exercise during pregnancy. *American Academy of Family Physicians*, April, 1-7.
- Weaver, J. & Ussher, J. (1997). How motherhood changes life: A discourse analytic study with mothers of young children. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 15(1), 51-68.
- Weissman, M.; Feder, A.; Pilowsky, D.; Olfson, M.; Fuentes, M.; Blanco, C.; Lantigua, R.; Gameroff, M. & Shea, S. (2004). Depressed mothers coming to primary care: Maternal reports of problems with their children. *Journal of Affective Disorders*, 78, 93-100.
- Weissman, M.; Paykel, E. & Klerman, G. (1972). The depressed woman as a mother. *Social Psychiatry*, 7, 98-108.
- Woods, S.; Melville, J.; Guo, Y.; Fan, M.-Y. & Gavin, A. (2010). Psychosocial stress during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(1), 1-7.
- Wrede, S.; Benoit, C.; Bourgeault, I.; van Teijlingen, E.; Sandall, J. & De Vries, R. (2006). Decentred comparative research: Context sensitive analysis of maternal healthcare. *Social Science & Medicine*, 63, 2986–2997.
- Yanamandra, N. & Chandraharan, E. (2012). Anatomical and physiological changes in pregnancy and their implication in clinical practice. In E. Chandraharan & S.

- Arulkumaran (Eds.) *Obstetric and Intrapartum Emergencies: A Practical Guide to Management* (pp. 1-10). Cambridge: Cambridge University Press.
- Zigmond, A. & Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Zuckerman, B.; Amaro, H.; Bauchner, H. & Cabral, H. (1989). Depressive symptoms during pregnancy: Relationship to poor health behaviors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 160(5), 1107-1111.

Anexos

Anexo 1 – Declaração de Consentimento Informado

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 2 – Questionário Sociodemográfico

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 3 – 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 rádio ou televisão:

- ☐ Muitas vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Poucas vezes
- ☐ Quase nunca

Anexos 4 – Quadros Estatísticos

Alfa de Cronbach

Subescala Ansiedade

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.759	7

Subescala Depressão

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.662	7

Caracterização sociodemográfica

Escolaridade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1º ciclo	2	.5	.5	.5
	2º ciclo	4	.9	1.0	1.4
	3º ciclo	43	10.2	10.2	11.6
	Ensino Secundário	176	41.7	41.8	53.4
	Ensino Superior	195	46.2	46.3	99.8
	999	1	.2	.2	100.0
	Total	421	99.8	100.0	
Missing	System	1	.2		
Total		422	100.0		

Estado civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid solteiro	93	22.0	22.0	22.0
casado/união fato	325	77.0	77.0	99.1
separado/divorciado	4	.9	.9	100.0
Total	422	100.0	100.0	

Idade

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	422	18	46	30.97	5.438
Valid N (listwise)	422				

Semanas de Gestação

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
semanas de gestação	422	4	41	32.48	6.175
Valid N (listwise)	422				

Primeira gestação mãe

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	248	58.8	59.3	59.3
não	170	40.3	40.7	100.0
Total	418	99.1	100.0	
Missing System	4	.9		
Total	422	100.0		

Problemas na gestação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sem problemas	328	77.7	78.7	78.7
	com alguns problemas	86	20.4	20.6	99.3
	com muitos problemas	3	.7	.7	100.0
	Total	417	98.8	100.0	
Missing	System	5	1.2		
Total		422	100.0		

Primeiro filho pai

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	170	40.3	60.5	60.5
	não	110	26.1	39.1	99.6
	999	1	.2	.4	100.0
	Total	281	66.6	100.0	
Missing	System	141	33.4		
Total		422	100.0		

Número de filhos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	228	54.0	58.9	58.9
	1	125	29.6	32.3	91.2
	2	23	5.5	5.9	97.2
	3	9	2.1	2.3	99.5
	4	2	.5	.5	100.0
	Total	387	91.7	100.0	
Missing	System	35	8.3		
Total		422	100.0		

Preparação para o parto

Formação de preparação para o parto

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	181	42.9	42.9	42.9
	não	241	57.1	57.1	100.0
	Total	422	100.0	100.0	

Porque não frequenta programa de preparação de parto

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	já o fez anteriormente	71	16.8	31.1	31.1
	não lhe parece necessário	74	17.5	32.5	63.6
	gostaria de fazer mas não tem possibilidades	27	6.4	11.8	75.4
	outra razão	56	13.3	24.6	100.0
	Total	228	54.0	100.0	
Missing	-1	2	.5		
	System	192	45.5		
	Total	194	46.0		
Total		422	100.0		

Participa com ela? Pai

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	sim	2	,5	40,0	40,0
Valid	não	3	,7	60,0	100,0
	Total	5	1,2	100,0	
Missing	System	415	98,8		
Total		422	100,0		

Situação de emprego

Já estava no seu atual trabalho quando engravidou

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	333	78.9	83.9	83.9
	não	64	15.2	16.1	100.0
	Total	397	94.1	100.0	
Missing	-1	4	.9		
	999	1	.2		
	System	20	4.7		
	Total	25	5.9		
Total		422	100.0		

Preocupa-a a possibilidade de ser despedida por estar grávida

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	65	15.4	16.6	16.6
	não	326	77.3	83.4	100.0
	Total	391	92.7	100.0	
Missing	-1	4	.9		
	System	27	6.4		
	Total	31	7.3		
Total		422	100.0		

Vínculo com a entidade empregadora mãe

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sem termo	194	46.0	54.2	54.2
	termo certo	80	19.0	22.3	76.5
	termo incerto	47	11.1	13.1	89.7
	prestação de serviços	37	8.8	10.3	100.0
	Total	358	84.8	100.0	
Missing	-1	9	2.1		
	999	2	.5		
	System	53	12.6		
	Total	64	15.2		
Total		422	100.0		

Diagnóstico dos níveis de ansiedade e de depressão no total da amostra

HADS_Ansiedade nível

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Normal	249	59.0	59.0	59.0
	Médio	123	29.1	29.1	88.2
	Moderado	37	8.8	8.8	96.9
	Grave	13	3.1	3.1	100.0
	Total	422	100.0	100.0	

HADS_Depressão nível

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Normal	401	95.0	95.0	95.0
	Médio	18	4.3	4.3	99.3
	Moderado	3	.7	.7	100.0
	Total	422	100.0	100.0	

Análise de scores

Scores totais

Estatísticas

		Somansiedade	Somadepressão
N	Válido	422	422
	Omisso	0	0
Soma		2911,00	1729,00

Amostra sem curso

Estatísticas

		Somansiedade	Somadepressão
N	Válido	241	241
	Omisso	0	0
Soma		1678,00	984,00

Amostra com curso

Estatísticas

		Somansiedade	Somadepressão
N	Válido	181	181
	Omisso	0	0
Soma		1233,00	745,00

Correlações

Ansiedade e Depressão

		HADS_Anxiety	HADS_Depression
HADS_Anxiety	Correlação de Pearson	1	,567**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	422	422
HADS_Depression	Correlação de Pearson	,567**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	422	422

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Entre as características sociodemográficas, idade e semanas de gestação e os níveis de ansiedade e de depressão percebidos

		HADS_Anxiety	HADS_Depression	Idade	semanas de gestação
HADS_Anxiety	Correlação de Pearson	1	,567**	-,089	-,041
	Sig. (bilateral)		,000	,069	,407
	N	422	422	421	420
HADS_Depression	Correlação de Pearson	,567**	1	-,059	,011
	Sig. (bilateral)	,000		,227	,829
	N	422	422	421	420
Idade	Correlação de Pearson	-,089	-,059	1	-,027
	Sig. (bilateral)	,069	,227		,579
	N	421	421	421	419
semanas de gestação	Correlação de Pearson	-,041	,011	-,027	1
	Sig. (bilateral)	,407	,829	,579	
	N	420	420	419	420

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Entre as características sociodemográficas, idade e semanas de gestação e a preparação para o parto

formação de preparação para o parto			HADS_Anxiety	HADS_Depression	Idade	semanas de gestação
sim	HADS_Anxiety	Correlação de Pearson	1	,586**	-,039	,048
		Sig. (bilateral)		,000	,598	,519
		N	181	181	181	181
	HADS_Depression	Correlação de Pearson	,586**	1	-,073	,047
		Sig. (bilateral)	,000		,332	,533
		N	181	181	181	181
	Idade	Correlação de Pearson	-,039	-,073	1	-,047
		Sig. (bilateral)	,598	,332		,531
		N	181	181	181	181
	semanas de gestação	Correlação de Pearson	,048	,047	-,047	1
		Sig. (bilateral)	,519	,533	,531	
		N	181	181	181	181
não	HADS_Anxiety	Correlação de Pearson	1	,555**	-,119	-,075
		Sig. (bilateral)		,000	,066	,248
		N	241	241	240	239
	HADS_Depression	Correlação de Pearson	,555**	1	-,051	-,010
		Sig. (bilateral)	,000		,435	,879
		N	241	241	240	239
	Idade	Correlação de Pearson	-,119	-,051	1	-,021
		Sig. (bilateral)	,066	,435		,742
		N	240	240	240	238
	semanas de gestação	Correlação de Pearson	-,075	-,010	-,021	1
		Sig. (bilateral)	,248	,879	,742	
		N	239	239	238	239

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Teste-T

Estatísticas de grupo

	formação de preparação para o parto	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média
HADS_Anxiety	sim	181	6,8122	3,30959	,24600
	não	241	6,9627	3,49086	,22487
HADS_Depression	sim	181	3,5028	2,26967	,16870
	não	241	3,3983	2,20204	,14185

Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferença média	Erro padrão da diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
HADS Anxiety	Variâncias iguais assumidas	,411	,522	-,448	420	,654	-,15050	,33583	-,81061	,50961
	Variâncias iguais não assumidas			-,452	398,046	,652	-,15050	,33329	-,80573	,50472
HADS Depression	Variâncias iguais assumidas	,184	,668	,476	420	,634	,10442	,21946	-,32696	,53581
	Variâncias iguais não assumidas			,474	381,473	,636	,10442	,22041	-,32895	,53779

Estatísticas de grupo (primeira gestação)

	formação de preparação para o parto	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média
HADS_Anxiety	sim	138	6,6159	3,16533	,26945
	não	110	7,4182	3,56173	,33960
HADS_Depression	sim	138	3,3116	2,28547	,19455
	não	110	3,4364	2,16954	,20686

Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferença média	Erro padrão da diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
HADS Anxiety	Variâncias iguais assumidas	,620	,432	-1,875	246	,062	-,80224	,42778	-1,64481	,04033
	Variâncias iguais não assumidas			-1,851	220,053	,066	-,80224	,43351	-1,65660	,05212
HADS Depression	Variâncias iguais assumidas	,460	,498	-,437	246	,663	-,12477	,28565	-,68741	,43787
	Variâncias iguais não assumidas			-,439	238,591	,661	-,12477	,28397	-,68418	,43465

Estatísticas de grupo

	formação de preparação para o parto	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média
HADS_Anxiety	sim	181	6,8122	3,30959	,24600
	não	171	7,3509	3,58998	,27453
HADS_Depression	sim	181	3,5028	2,26967	,16870
	não	171	3,5380	2,23673	,17105

Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferença média	Erro padrão da diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
HADS_ Anxiety	Variâncias iguais assumidas	,635	,426	-1,465	350	,144	-,53872	,36777	-1,26205	,18460
	Variâncias iguais não assumidas			-1,461	343,466	,145	-,53872	,36862	-1,26377	,18632
HADS_ Depression	Variâncias iguais assumidas	,238	,626	-,147	350	,883	-,03525	,24035	-,50795	,43745
	Variâncias iguais não assumidas			-,147	349,372	,883	-,03525	,24025	-,50776	,43726

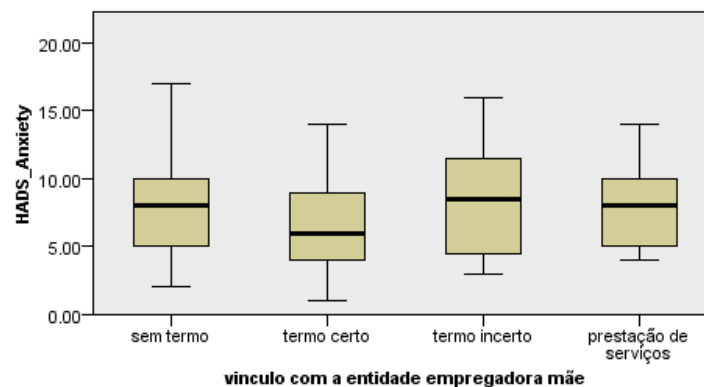
Teste Kruskal-Wallis

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of HADS_Anxiety is the same across categories of vínculo com a entidade empregadora mãe.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.692	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of HADS_Depression is the same across categories of vínculo com a entidade empregadora mãe.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.136	Retain the null hypothesis.

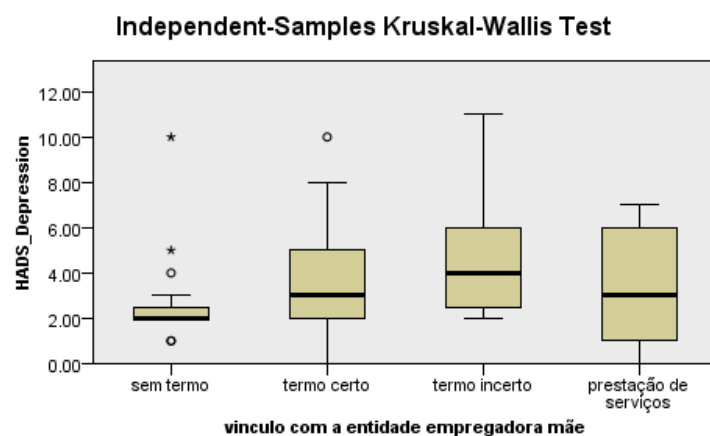
Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test



Total N	61
Test Statistic	1.456
Degrees of Freedom	3
Asymptotic Sig. (2-sided test)	.692

1. The test statistic is adjusted for ties.
2. Multiple comparisons are not performed because the overall test does not show significant differences across samples.



Total N	61
Test Statistic	5.549
Degrees of Freedom	3
Asymptotic Sig. (2-sided test)	.136

1. The test statistic is adjusted for ties.
2. Multiple comparisons are not performed because the overall test does not show significant differences across samples.