

MIGUEL BOLELA

**COEXISTÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA
GRAVIDEZ EM CASAIS CUJAS MULHERES SÃO
PRIMÍPARAS**

CESPU - FORMAÇÃO ANGOLA

Ano 2012

LOMBADA

CESPU MIGUEL BOLELA	COEXISTÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA GRAVIDEZ EM CASAIS CUJAS MULHERES SÃO PRIMÍPARAS		2012
--------------------------------------	--	--	-------------

**COEXISTISTÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA
GRAVIDEZ EM CASAIS CUJAS MULHERES SÃO
PRIMÍPARAS**

MIGUEL BOLELA

“Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia do Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde”.

SOB ORIENTAÇÃO DA

DOUTORA FLORBELA TEIXERIA

Porto, 2012

Resumo

A ansiedade e a depressão são estados psicológicos que afectam a saúde materna e o desenvolvimento embrional. A maior parte dos investigadores observa que muitas mulheres exibem valores muito altos de sintomatologia ansiosa na gravidez (Conde & Figueiredo, 2003).

O objectivo deste trabalho é apresentar às autoridades sanitárias e governamentais da província de Benguela os resultados de um estudo efectuado sobre a prevalência da ansiedade e da depressão gestacionais de modo a despertar a necessidade de intervenção psicológica com relação a estes transtornos, que podem causar sofrimento clinicamente significativo no funcionamento individual ou disfunção social e ocupacional, não só na mulher mas também no parceiro, e a necessidade da aplicação de medidas preventivas e correctivas em consultórios pré-natais adstrictos à Maternidade do Hospital Provincial de Benguela para a promoção e restituição da saúde mental dos individuos afectados.

Hallstrom e McClure (1990) recomendam a necessidade de atender não só às necessidades médicas como também às psicológicas durante a gravidez, experiência de parto e pós-natal, recorrendo à escala de depressão pós-natal de Edimburgo “EDPS”.

Para efeitos deste estudo, recolheram-se dados relativos a 200 casais cujas mulheres são grávidas primíparas do último trimestre da gestação, com idades igual ou superiores a 20 anos, alfabetizadas, e utentes dos Consultórios Pré-natais do Centro de Saúde suburbano da Cambanda e do Dispensário Materno Infantil da zona urbana da cidade de Benguela, que apoiam os Serviços Externos de Obstetrícia da Maternidade do Hospital Provincial de Benguela. Estas mulheres participaram do estudo no período compreendido entre Abril e Maio de 2011. Após consentimento informado as participantes preencheram um Questionário Socio-demográfico, a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo “EDPS”, o Questionário de Percepção da Maternidade e a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar “HADS”. O ponto de corte igual ou maior a 10 na EDPS foi usado para definir as mulheres com e sem depressão. Os dados foram analisados em SPSS 16. O presente estudo constatou que 43% das mães e 25% dos pais estão ansiosos enquanto que 49% de mães e 22,5% dos pais nessa amostra estão deprimidos.

Palavras chave: ansiedade, depressão, pré e pós-natal.

Summary

Anxiety and depression are psychological states that affect maternal and embryonic development. Most authors consider that many women have high levels of anxiety symptoms during pregnancy (Conde & Figueiredo, 2003).

The purpose of this paper is to present to the governing authorities of the province of Benguela health outcomes of a study on the prevalence of anxiety and depression in pregnancy and obstetric factors, psicosociodemographics, as stressors, anxiogenic and depressant before the anticipation and experience of delivery, not only in the woman-wife but the husband-man, whose preoccupation causes clinically significant distress or impairment in social, occupational or other important areas of functioning individual and need to apply preventive measures and corrective surgeries related to prenatal Provincial Maternity Hospital of Benguela for the prevention of psychopathology arising there and restore the mental health of affected women.

Hallstrom and McClure (1990) recommend the need to meet the needs not only medical but also the psychological pregnancy, birth experience and postpartum, using the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS).

For the purposes of this study, it was gathered from data on 200 couples whose wives are pregnant women, primiparae in the last trimester of pregnancy over the age of 20 years, literate, and users of Antenatal Clinics of the Health Centre and suburban Cambanda the Maternal and Child Health Dispensary of the urban area of Benguela supporting the External Services of Obstetrics Provincial Maternity Hospital of Benguela. These women participated in the study between April and May 2011. After informed consent, the participants filled out a questionnaire Socio-demographic, the EPDS, the Perception Questionnaire Maternity and Hospital Anxiety and Depression Scale "HADS". The cutoff point equal to or greater than 10 in the EPDS was used to define women with and without depression. Data were analyzed using SPSS 16. This study found that 43% of mothers and 25% of parents are anxious while 49% of mothers and 22.5% of parents in this sample are depressed.

Keywords: anxiety, depression, pre and post-partum.

Agradecimentos

O que se aprende e praticado com afinco se torna hábito, passa a fazer parte das características da personalidade de um sujeito. Os meus pais e a sociedade cultural onde nasci ensinaram-me a agradecer todo e qualquer gesto, simples que seja. A um acenar da mão, deve-se responder obrigado; a uma ajuda, muito obrigado, com a mão direita sobre o lado esquerdo do peito onde está o coração, que “na nossa linguagem corriqueira traduz a bondade de alguém” (Romano, B.W. “A prática da Psicologia nos Hospitais, 1994, p. 40).

Assim, coloco “a minha mão direita sobre o meu coração” para dizer **MUITO OBRIGADO** às seguintes personalidades que me ajudaram a construir esta obra:

- À Doutora Florbela Teixeira, tutora incansável desta investigação;
- À direcção da CESPUP-Formação Angola, professores e trabalhadores administrativos, por me terem dado novos horizontes;
- Aos dirigentes do Ministério da Saúde da Província de Benguela que autorizaram a recolha dos dados para esta investigação nos diversos serviços pré-natal;
- Ao Dr. João Pedro Martins Caratão que com muita vontade e sabedoria me deu “o estágio e a prática” de entrevistas, aconselhamentos e intervenções psicológicas no consultório dos serviços externos de psicologia clínica do HPB;
- Aos Técnicos de Enfermagem Jorge Tomás Lomeia, Maria da Conceição Mendonça, Ana Bernarda Chavonga, Mariana Margarida e Teodora Lima do Consultório Pré-natal do Centro de Saúde da Cambanda; Joaquina Nangombe, Florença Mbimbi, Dilma França, Helena Candeia e Ana Bela Neves do Consultório Pré-natal do Centro Materno Infantil do Município de Benguela, por terem preparado com muita paciência condições férteis para a facilidade e rapidez da recolha de dados;
- A todos os casais inquiridos, apesar das condições em que se encontravam responderam positivamente ao apelo da investigação e deram o seu contributo com dados íntimos sem vacilar a “custo zero”, para que este trabalho se tornasse uma realidade.
- A todos os colegas e não só, que directa ou indirectamente tenham contribuído para o sucesso deste trabalho.

Lista de abreviaturas

CESPU: Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário

DP: Desvio Padrão

DPN: Depressão Pós-natal

EPDS: Edinburgh Posnatal Depression Scale

HPB: Hospital Provincial de Benguela

M: Média

MAM: Média de ansiedade materna

MAP: Média de ansiedade paterna

MÁX: Máximo

MDM: Média de depressão materna

MDP: Média de depressão paterna

MIN: Mínimo

N: Número

RNA: Rádio Nacional de Angola

SPSS: Statistical Package of Social Science

Índice geral

Resumo.....	2
Agradecimentos	4
Lista de abreviaturas	5
Índice geral	6
Índice de anexos	9
Índice de tabelas	10
INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1.1. A gestação e maternidade no contexto social	12
1.2. Definição dos conceitos ansiedade e depressão	12
1.3. Causas e consequências da ansiedade e depressão na gestação	14
CAPÍTULO II- MÉTODO	18
2.1. Objectivos gerais e específicos	18
2.2. Desenho e método	18
2.3. Sujeitos ou participantes	18
2.4. Materiais ou instrumentos.....	19
2.4.1. Questionário de caracterização socio-demográfica	19
2.4.2. EPDS	19
2.4.3. Questionário de avaliação da percepção maternal/paternal.....	19
2.4.4. HADS	20
2.5. Procedimentos usados	20
2.6. Processos de tratamento e análise dos dados	20
3.1. Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra	21
Tabela 1. Dados socio-demográficos da amostra.....	23

3.2. Caracterização da sintomatologia ansiosa e depressiva da amostra	24
Tabela 2. Dados da sintomatologia ansiosa e depressiva da amostra.....	24
3.3. Caracterização dos dados relativos à comparação de médias através dos testes t.....	25
3.3.1. Variação da sintomatologia ansiosa da mãe em função das variáveis sócio-demográficas maternas.....	25
Na tabela 3 estão representados os dados da mãe que caracterizam a amostra quanto à variação da sintomatologia ansiosa em função das variáveis socio-demográficas.	25
Tabela 3. Variação da sintomatologia ansiosa materna em função das variáveis sócio- demográficas da mãe	25
3.3.2. Variação da sintomatologia ansiosa da mãe em função das sua percepções da maternidade.....	25
Tabela 4. variação da ansiedade materna em função das percepções da maternidade	27
3.3.3. Variação da sintomatologia ansiosa do pai em função das variáveis sócio-demográficas paternas.....	28
Tabela 5. Variação da sintomatologia ansiosa paterna em função das variáveis sócio- demográficas.....	28
3.3.4. Variação da sintomatologia ansiosa do pai em função das suas percepções de paternidade.....	29
Tabela 6. Variação da ansiedade do pai em função das percepções de paternidade	30
3.3.5. Variação da sintomatologia depressiva da mãe em função das variáveis sócio- demográficas maternas	31
Tabela 7. variação da sintomatologia depressiva materna em função das variáveis sociodemográficas.....	32
Tabela 8. Variação da sintomatologia depressiva materna em função das suas percepções sobre a maternidade.....	34
3.3.7. Variação da sintomatologia depressiva do pai em função das variáveis sócio- demográficas paternas	35
Tabela 9. Variação da sintomatologia depressiva paterna em função das variáveis sócio- demográficas.....	35

3.3.8. Variação da sintomatologia depressiva do pai em função das suas percepções de paternidade.....	36
Tabela 10. Variação da sintomatologia depressiva do pai em função das suas percepções de paternidade.....	37
CAPITULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	40
CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
BIBLIOGRAFIA.....	43
ANEXOS.....	47
Anexo 1. Pedido de autorização para a realização do estudo em instituições.....	47
Anexo 2. Termo de consentimento informado.....	48
Anexo 3. Questionário sócio-demográfico.....	49
Anexo 4. Escala de depressão de Edinburgh.....	50
Anexo 6. Questionário de percepção materna.....	57
Anexo 7. Questionário de percepção paterna.....	58

Índice de anexos

ANEXOS.....	Erro! Marcador não definido.
Anexo 1. Pedido de autorização para a realização do estudo em instituições .	Erro! Marcador não definido.
Anexo 2. Termo de consentimento informado	Erro! Marcador não definido.
Anexo 3. Questionário sócio-demográfico.....	Erro! Marcador não definido.
Anexo 4. Escala de depressão de Edinburgh	Erro! Marcador não definido.
Anexo 5. Escala de ansiedade e depressão hospitalar	Erro! Marcador não definido.
Anexo 6. Questionário de percepção materna	Erro! Marcador não definido.
Anexo 7. Questionário de percepção paterna	Erro! Marcador não definido.

Índice de tabelas

- Tabela 1. Dados socio-demográficos da amostra..... **Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 2. Dados da sintomatologia ansiosa e depressiva da amostra..... **Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 3. Variação da sintomatologia ansiosa materna em função das variáveis sócio-demográficas da mãe..... **Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 4. Distribuição dos resultados de percepção da maternidade e variação da ansiedade materna **Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 5. Variação da sintomatologia ansiosa paterna em função das variáveis sócio-demográficas..... **Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 6. Variação da ansiedade do pai em função da percepção paterna .. **Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 7. variação da sintomatologia depressiva materna em função das variáveis sociodemográficas..... **Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 8. Variação da sintomatologia depressiva materna em função da percepção materna **Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 9. Variação da sintomatologia depressiva paterna em função das variáveis sócio-demográficas..... **Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 10. Variação da sintomatologia depressiva do pai em função da percepção paterna **Erro! Marcador não definido.**

INTRODUÇÃO

O objectivo deste trabalho é apresentar às autoridades sanitárias e governamentais da província de Benguela os resultados de um estudo efectuado sobre a prevalência da ansiedade e da depressão gestacionais de modo a despertar a necessidade de intervenção psicológica com relação a estes transtornos, que podem causar sofrimento clinicamente significativo no funcionamento individual ou disfunção social e ocupacional, não só na mulher mas também no parceiro, e a necessidade da aplicação de medidas preventivas e correctivas em consultórios pré-natais adstrictos à Maternidade do Hospital Provincial de Benguela para a promoção e restituição da saúde mental dos indivíduos afetados.

As manifestações ansiosas podem ser ordem fisiológica (agitação, hiperatividade, e movimentos precipitados) e de ordem cognitiva (atenção e vigilância redobrada a determinados aspectos do meio, pensamentos, etc.), ligadas a acontecimentos ou situações passageiras (ansiedade estado) ou constituir uma maneira estável e permanente de reagir, provavelmente com base na própria constituição individual (ansiedade traço), tal como referem Oliveira e Sisto citados por Rodrigues (2010).

O trabalho inicia com a apresentação do enquadramento teórico que o sustenta, percorrendo a pertinência da temática para a psicologia da saúde; o conceito e as perspectivas teóricas sobre o stress, ansiedade e depressão. Expõe-se, de seguida, as questões metodológicas relativas ao estudo empírico. Posteriormente apresentam-se e analisam-se os resultados da pesquisa empírica. Por último, discutem-se algumas questões suscitadas quer pelo método, quer pelos resultados e apontam-se propostas para futuras investigações.

CAPÍTULO I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste primeiro capítulo pretende-se fazer a caracterização da coexistência da ansiedade e da depressão na gestante baseando-se na óptica dos diversos autores consultados para que se possa ter um quadro de compreensão melhor à volta do tema.

1.1. A gestação e maternidade no contexto social

A maternidade é um acontecimento biopsicossocial cuja função é extremamente valorizada em todas as sociedades, atribuindo-se-lhe um grande significado – a capacidade de procriar e perpetuar a humanidade (Rato, 1998).

Resultados do estudo de Rato (1998) realçam que a gravidez é considerada por muitos autores como um período de crise que envolve mudanças muito profundas a nível somático, endócrino e psicológico, e envolve por isso mesmo reajustamentos e reestruturações a vários níveis.

Apesar de ser um momento de crise, a gravidez é um acontecimento muito feliz e agradável para muitas culturas, sobretudo no interior de algumas províncias angolanas, que precedem e preparam a integração maturacional e psicossocial da população adolescente, como afirmaram Nelson (2004), Kambele (2004).

1.2. Definição dos conceitos ansiedade e depressão

Como se acaba de analisar no ítem anterior, a gestação é um processo sobre o qual ocorrem diversas transformações e a vários níveis. Daí ser importante, como ponto de partida, definir alguns conceitos que se prendem com determinados fenómenos psicopatológicos como é o caso da ansiedade e depressão na gravidez.

Segundo Skinner, a ansiedade é denominada como uma reacção emocional que pode ser derivada de um estímulo aversivo para que num intervalo suficientemente grande possa permitir a observação de mudanças comportamentais (Coelho & Tourinho, 2008).

A ansiedade é um estado afectivo angustiante, acompanhado de um sentimento especial de tensão interna, isto é, um distúrbio emocional, que gera sentimento de insegurança intensa, de perigo iminente.

O facto de a gravidez constituir uma fase crítica, implicando naturalmente uma maior vulnerabilidade e desorganização dos padrões anteriores, modificações fisiológicas e estados emocionais peculiares, justifica a presença normal de um certo grau de ansiedade, tal como concluiu Rato (1998). Corroboram com esta ideia autores como McNeil, Kaij e Malmquist-Larsson citados por Conde e Figueiredo (2003, p.198), ao afirmarem que “o facto de as mulheres recorrerem menos a ajuda psiquiátrica durante a gravidez não é sinal de que elas estejam mentalmente saudáveis durante este período”.

Brazelton, citado em Moraes (2006), afirma que muita ansiedade pré-natal e distorções das fantasias maternas podem ser mecanismos saudáveis de ajustamento a um novo equilíbrio psicológico e as reacções de alarme podem constituir uma espécie de tratamento de choque susceptível de contribuir para a organização da mulher face ao seu novo papel.

A ansiedade é uma entidade emocional que acompanha toda a gravidez até ao parto, caracterizada por um estado de insatisfação, intranquilidade, insegurança, incerteza, medo da experiência do parto e sentimentos de incompetência. Acomete mais às gestantes primíparas por estas não saberem ao certo o que está ou vai acontecendo com elas (Batptista, Baptista & Torres, 2006).

Porém, a sintomatologia ansiosa se mostra frequentemente inquietante na gravidez, podendo ser dividida em três dimensões: fisiológica (aumento na frequência cardíaca ou taquicardia, taquipnéia, alterações na pressão arterial, relaxamento de músculos da bexiga e intestinos, pele húmida, calafrios, cefaléias, pupilas dilatadas, inquietação motora, insônia, sudorese, boca seca, náuseas, vômitos, diarréia, tremor e inquietação); emocional (impotência, choro, nervosismo, perda de controle, irritabilidade e impaciência, tensão e falta de autoconfiança) e, cognitiva (incapacidade de concentração, esquecimento, falta de atenção) (Baptista et al., 2006).

Depressão é um estado mental mórbido caracterizado por humor prostrado, com inibição de alguns comportamentos como nas relações sociais, andar, falar e excitação de outros como na fuga-esquiva, labilidade emocional, irritabilidade, lentidão para responder aos estímulos diários, pedidos de ajuda e ideias suicidas (Baptista et al., 2006).

Segundo Baptista et al. (2006), a sintomatologia depressiva evidencia-se mais nas mulheres do que nos homens devido a determinados factores que a seguir se descrevem.

1.3. Causas e consequências da ansiedade e depressão na gestação

De acordo com Baptista et al. (2006), alguns factores de natureza social, comportamental e biológica que contribuem para o desencadeamento e manutenção da depressão na gravidez podem resumir-se em: antecedentes psiquiátricos, descontentamento com a gestação, negativismo com relação a eventos vitais, fraco apoio emocional, viver sozinha, menor idade, solteira, baixo nível educacional e socioeconómico, história de abortos anteriores, partos problemáticos e atitudes negativas. Outro factor de relevância no desenvolvimento da depressão feminina é a questão da maternidade, já que a gestação e o parto são factores estressantes, além de que as modificações hormonais podem estar diretamente relacionadas com este transtorno.

Correia e Linhares (2007) apresentam algumas causas da ansiedade pré-natal, como complicações obstétricas, desenvolvimento fetal, bebé de baixo peso e problemas emocionais e de comportamento na infância e na adolescência.

Ramos (2004) é da mesma opinião ao referir que da exposição excessiva de acontecimentos de vida estressantes na infância, maior será a reactividade fisiológica na idade adulta.

Ainda para Correia e Linhares (2007), altos níveis de ansiedade materna estão relacionados com acontecimentos de vida negativos marcantes ocorridos na infância, como histórias de abuso sexual. Nessa mesma linha de pensamento, surge Almeida (2003, p.16) tendo concluído que a “exposição ao abuso sexual de crianças está associada ao aumento do risco de problemas desenvolvimentais e de saúde mental, a curto e a longo prazo”, verificou também que altos níveis de ansiedade materna, independentemente da causa, constituem alto risco para o desenvolvimento do bebé e o bem-estar emocional da mãe.

Cruz (2009) afirma que a nível do mundo a doença depressiva está à frente das perturbações mentais mais comuns e é uma das principais causas de invalidez nos países desenvolvidos. Angola poderá não ser uma excepção, apesar de não haver estudos específicos desenvolvidos no país sobre esta problemática.

Conde e Figueiredo (2005) verificaram que a ocorrência de ansiedade e depressão materna de alto nível durante a gravidez produz o nascimento de bebés de crânio de tamanho reduzido e consequentemente o subdesenvolvimento cerebral, risco de parto prematuro e anomalias congénitas neo-natais.

Com base em Soifer, Rato (1998) defende que existem fases em que há um aumento específico da ansiedade com duração variável e que podem traduzir-se em sintomas físicos próprios ou até mesmo em aborto ou parto prematuro no começo da gestação, durante a formação da placenta, perante a percepção dos movimentos fetais, aquando da instalação franca dos movimentos, durante a inversão interna no início do 9.º mês e, nos últimos dias antes do parto, como a insónia, as náuseas e os vômitos, as fantasias de roubo e de esvaziamento, os primeiros movimentos fetais, temor ao filho disforme, medo de morrer no parto ou angústia do próprio corpo disforme, dores musculares, câimbras, enxaquecas, constipação ou diarreia, hipertensão ou hipotensão e lipotímias transitórias e ocasionais.

A par da ansiedade, a depressão tem estado a coexistir na mulher grávida. A depressão gestacional é o transtorno mental de maior prevalência durante a gravidez e o período puerperal e está associada a factores de risco, como antecedentes psiquiátricos, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, gestação na adolescência, falta de suporte social básico, eventos estressores e história de violência doméstica. Evidências demonstram que, além de a depressão pré-natal ser a mais frequente, ela é o principal factor de risco para depressão pós-natal, sendo esta, muitas vezes, uma continuação da depressão iniciada na gestação (Pereira & Lovisi, 2008).

Esses autores adiantam ainda que embora a maioria dos estudos seja focada na depressão pós-natal, a depressão gestacional pode ser considerada uma questão importante para o campo da saúde pública, porque constitui um forte factor de risco para a depressão pós-natal, apontando a necessidade de intervenções antes do nascimento do bebê, além de poder causar baixo peso ao nascer, prematuridade e afectar não só o desenvolvimento da criança mas também o relacionamento mãe-bebé.

A mulher deprimida no período gestacional apresenta menor preocupação com o seu estado de saúde, levando a que muitas vezes não adira aos cuidados pré-natais, além de maior consumo de álcool, tabaco e outras drogas, pessimismo, insónia, falta de apetite, acarretando diminuição da quantidade e qualidade da ingestão alimentar. Pode também desenvolver estresse psicossocial materno e o baixo crescimento fetal, já que na mulher com depressão há aumento do cortisol, o que pode levar à prematuridade e ao baixo peso ao nascer. O nascimento pré-termo e o baixo peso ao nascer são as principais causas de morbi-mortalidade infantil nos países em desenvolvimento, o que pode ocorrer igualmente

em Angola. Quadros depressivos não tratados durante a gravidez tendem a diminuir a frequência nas consultas pré-natais, o que tem sido fortemente associado à mortalidade neonatal (Pereira & Lovisi, 2008).

Estes autores adiantam ainda que estudos realizados em países desenvolvidos fornecem evidências de que a depressão materna esteja associada a problemas emocionais, cognitivos e comportamentais de longa duração em crianças e reconheceram que os transtornos do humor durante a gravidez colocam as mulheres em risco de terem depressão pós-natal (DPN).

Uma das consequências da ansiedade e depressão na gestação, é a sua projecção no pós-natal, visto que o período de crises que se inicia com a gravidez não termina com o parto, pois que grandes mudanças maturacionais ocorrem no puerpério com a implicação de novas mudanças fisiológicas, consolidação da relação pais-filho, modificações de rotina e relacionamento familiar (Rato, 1998).

De qualquer modo, a depressão na gravidez não só afecta a mulher mas também o homem. Homens que percebem baixo suporte social também tendem a ser menos sociáveis, fisicamente menos ativos e apresentam maiores sintomatologias de depressão (Baptista et al., 2006).

Areias, Kumar, Barros e Figueiredo, citados por Sotto-Mayor e Picinini (2005), deram conta que mães que apresentaram maiores índices de depressão nos primeiros meses, seus maridos começavam a apresentar depressão no final do primeiro ano pós-natal.

Em determinadas culturas não é admissível que um homem fique deprimido e chore, ele pode expressar sua angústia de outra maneira, como por exemplo, através de somatizações. Assim, pode-se observar um homem que recentemente se tornou pai, abatido por uma dor de garganta ou por uma gripe em pleno verão, impedindo-o de ocupar-se de seu filho e de ajudar sua esposa. Ou então, ele poderia sentir-se exausto devido à fadiga psíquica, procurando combater seu sono intenso com café, cigarros e álcool (Sotto-Mayor & Picinini, 2005).

Como se acaba de analisar, os pressupostos científicos a volta da ansiedade e da depressão ao longo da gestação permitem facilmente perceber que o estudo desta problemática em

Angola considera-se relevante, a julgar não só pelas consequências importantes que esses quadros psicopatológicos representam na saúde mental da mulher, criança e família, mas sobretudo pela escassez e necessidade de estudos específicos que retratem sobre essa situação-problema. Pois, a realização de estudos nesse sentido constitui um dos passos essenciais que se podem levar a cabo na prevenção da doença e promoção da saúde mental.

CAPÍTULO II- MÉTODO

Depois de uma plausível abordagem teórica circunscrita ao tema em questão, de forma clara e concisa é feita no presente capítulo uma descrição sobre os pressupostos metodológicos desenvolvidos na realização deste trabalho, começando por esclarecer os objectivos centrais do estudo, o método escolhido, materiais utilizados, e procedimentos adoptados.

2.1. Objectivos gerais e específicos

O objectivo geral deste trabalho tem como base identificar o grau da prevalência da ansiedade e depressão gestacional em casais angolanos cujas mulheres são primíparas.

Desta forma, surgem como objectivos específicos identificar variáveis socio-demográficas e de percepção da maternidade e de paternidade que possam interferir de forma significativa na ocorrência da ansiedade e depressão da mulher e do homem.

A realização deste trabalho visou igualmente responder a seguinte questão: qual é o nível da sintomatologia ansiogénica e depressiva na gestação em mulheres primíparas e seus parceiros?

A questão colocada permitiu levantar as seguintes hipóteses:

1. A sintomatologia da ansiedade e depressão no casal é mais elevada na mulher.
2. A sintomatologia ansiosa é mais elevada que a sintomatologia depressiva na mulher.

2.2. Desenho e método

Realizou-se um estudo de corte transversal, no qual os instrumentos de pesquisa foram aplicados somente uma vez.

2.3. Sujeitos ou participantes

Participaram no estudo 200 mulheres com idade igual ou superior a 20 anos, sendo primíparas e que se encontrassem no terceiro trimestre da gravidez, e seus respectivos parceiros. Os critérios de inclusão para a participação no estudo foram: ser mulher primípara, mulher que se encontrasse no terceiro trimestre da gravidez, que não tivessem gravidez de risco, maior de 20 anos e que soubessem ler e escrever português. Todas as

mulheres que não reunissem essas condições, inclusive as que não sabiam ler e escrever, foram excluídas.

2.4. Materiais ou instrumentos

Na realização do trabalho de campo foram utilizados quatro instrumentos para a recolha de dados, que a seguir se descrevem:

2.4.1. Questionário de caracterização socio-demografica.

É um instrumento elaborado por nós, que serviu para colheita de dados necessários à caracterização socio-demográfica dos indivíduos que participaram no presente estudo (anexo 3).

É um questionário que permitiu recolher dados da mãe, pai e bebé, contendo como elementos de identificação, o número ou código do sujeito, a data e o nome do entrevistador. De entre vários aspectos, procurou-se saber a idade, data de nascimento, estado civil, habilitações literárias, residência, ocupação, profissão, planeamento da gravidez, coabitação com o parceiro, a pretensão de ter mais filhos e a disponibilidade de água e luz em casa.

2.4.2. EPDS

É uma escala construída por Cox, Holden e Sagovsky (1984), utilizada a nível mundial especificamente para a avaliação da sintomatologia depressiva no pós-natal tanto na mãe como no pai (anexo 4).

É constituída por dez questões cujas opções de resposta, em número de 4, são do tipo likert com uma pontuação que varia de “0” a “3” pontos.

A escala foi utilizada adoptando o ponto de corte de 10 na mulher e 9 no homem.

2.4.3. Questionário de avaliação da percepção maternal/paternal

É um instrumento de pesquisa adaptado por nós a partir das questões do MAMA/PAPA para a obtenção de dados sobre a percepção da mãe/pai em relação à maternidade/paternidade na gravidez (anexos 6 e 7).

É constituído por várias questões, cujas respostas são fechadas (sim/não). De entre outros aspectos procurou-se saber sobre a percepção do cansaço diante das tarefas impostas pela maternidade/paternidade, a preocupação com a ideia de poder ferir ou magoar o bebé, ser

ou não uma boa mãe ou um bom pai, desejo sexual pelo parceiro, lamentação pela gravidez, a pretensão de ter mais filhos, se terá prazer de cuidar, amamentar e brincar com o bebé.

2.4.4. HADS

É um instrumento para avaliar a ansiedade e depressão. Foi utilizado neste estudo com objectivo de identificar o nível da sintomatologia ansiosa e depressiva dos elementos que participaram do estudo (anexo 5).

Está constituído por 14 questões, 7 das quais se referem à ansiedade e as outras 7 à depressão. Cada questão tem 4 opções de respostas do tipo likert, pontuadas de “0” a “3”. Segundo Hallstrom e McClure (2000), considera-se ansiedade e depressão a partir de 11 pontos, que constituiu o ponto de corte adoptado por nós neste estudo.

2.5. Procedimentos usados

Depois de se obter a autorização da Repartição Municipal de Saúde de Benguela para a colheita de dados nos Centros Materno Infantil Sub-urbano da Cambanda e Urbano do Município de Benguela, o entrevistador apresentou-se aos participantes, informou os objectivos do inquérito e convidou os aderentes a preencherem o consentimento informado. A seguir, os participantes foram instruídos sobre como responder aos instrumentos da pesquisa. Uma vez esclarecidos, os participantes receberam e preencheram os instrumentos com uma prévia revisão antes de os entregar ao entrevistador que agradeceu a colaboração.

2.6. Processos de tratamento e análise dos dados

Depois de colhidos, os dados foram introduzidos numa base em SPSS versão 16,0 para o tratamento e análise estatística dos mesmos. Utilizou-se um tipo de análise descritiva e inferencial. Utilizou-se igualmente os testes t para a comparação de médias.

CAPÍTULO III- RESULTADOS

Este capítulo está reservado à apresentação dos resultados obtidos pela aplicação dos instrumentos de pesquisa, através de tabelas e as suas respectivas descrições.

Os dados estão agrupados em 3 grupos principais: dados socio-demográficos, dados da sintomatologia da ansiedade e da depressão e finalmente os dados relativos à comparação de médias através dos testes t.

3.1. Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra

Na tabela 1 estão representados os dados socio-demográficos da mãe e do pai que caracterizam a amostra com respeito à idade do casal, o estado civil, habilitações literárias, local de residencia, ocupação, profissão, planeamento da gravidez, coabitação com o parceiro, a pretensão de mais filhos e se há luz e água em casa.

Em relação à idade da amostra, a Tabela 1 indica que as mães têm uma idade compreendida entre 20 e 32 anos, em média 22.24 anos e um desvio padrão de 2.91. A idade dos pais situa-se entre 19 e 40 anos com uma média de 26.11 e um desvio padrão de 3.75. Nessa variável, verifica-se ainda que a maioria das mães representando 72.4% (n=145) encontra-se na faixa inferior a 24 anos; 51 mães representando 25.5 % se encontram na faixa de 25 a 29 anos de idade e apenas 4 mães que representam 2.0% têm entre 30 e 34 anos de idade, enquanto que a maioria dos pais (n=98) representando 49.0% está na faixa dos 25 aos 29 anos; 70 pais representando 35.0% têm menos de 24 anos; 27 pais que representam 13.5% têm de 30 a 34 anos de idade e uma minoria de 5 pais representando 2.5% se encontram na faixa igual ou superior a 35 anos.

Com relação ao estado civil, verifica-se que a maioria das mães (n=92) representando 46.0% vive em união de facto; cerca de 29% das mães (n=58) é solteira e 24% das mães (n=48) é casada, enquanto que a maioria dos pais com cerca de 48.5% (n=97) é solteiro; 31% dos pais (n=62) vive em união de facto e 20.5% dos pais (n=41) é casado.

Quanto à variável habilitações literárias, verifica-se que a maioria das mães (n=70) que corresponde a 35.0% tem o primeiro ciclo; cerca 31% das mães (n=62) tem o ensino primário e o segundo ciclo; uma minoria delas (n=6) que corresponde a 3% frequenta o ensino superior, enquanto que a maioria dos pais (n=82) que representa cerca de 41.0% frequenta o segundo ciclo; 37,5% dos pais (n=75) tem o primeiro ciclo; 15.5% dos pais

tem o ensino primário (n=31) e uma minoria deles com cerca de 6% (n=12) frequenta o ensino superior.

A Tabela 1 mostra também que na zona “A” residem a maioria das mães (n=53) que representa 26.5% e cerca de 23.0% dos pais (n=46); 24.5% das mães (n=49) e a maioria dos pais (n=54) representando 27.0% vivem na zona “B”; 19.0% das mães (n=38) e 20.5% dos pais (n=41) residem na zona “E”, e na zona urbana vivem cerca de 8.0% das mães (n=16) e um número ífimo de pais (n=2) representando 1.0%.

Quanto à ocupação, a maioria das mães (n=136) representando 68.7% está desempregada enquanto que a maioria dos pais (n=189) que corresponde a 94.5% trabalha, enquanto que minoria das mães que trabalha (n=62) representa 31.3% e os pais desempregados (n=11) representam 5.5%.

Relativamente à variável profissão, a maioria das mães (n=73) que representa 36.5% é doméstica; 40 mães que representam 20.0% são estudantes; cerca de 19.5% das mães (n=39) trabalha por conta própria, enquanto que 23 mães que correspondem a 11.5% são funcionárias públicas; por conta de outrem, trabalham 15 mães que correspondem a 7.5% e a minoria das mães (n=10) equivalente a 5.0% é desempregada ao passo que a maioria dos pais (n=151) representando 75.5% é funcionário público; 23 pais que representam 11.5% trabalham por conta própria; por conta de outrem trabalham cerca de 6.5% dos pais (n=13); 9 pais que representam 4.5% são estudantes e uma minoria de pais (n=4) equivalente a 2.0% está desempregada.

Com relação à gravidez, a maioria das mães (n=108) que representa 54.0% a planejou e a minoria (n=92) correspondente a 46.0% não; por sua vez, a maioria dos pais (n=146) que representa 73.0% planejou a gravidez e a minoria (n=54) correspondente a 27.0% não planejou.

Quanto à coabitação conjugal, a maioria das mães (n=139) representando 69.5% vive com o seu parceiro e 61 mães que correspondem a 30.5% não coabitam com os parceiros enquanto que, a maioria dos homens (n=165) que representam 82.5% vivem com suas parceiras e apenas 17.5% dos pais (n=35) não coabita com sua parceira.

Quanto à pretensão de mais filhos, a Tabela 1 mostra ainda que a maioria das mães (n=165) representando 69.5% pretende ter mais filhos e 35 mães correspondente a 17.5%

Sim	108	54.0	146	73.0
Não	92	46.0	54	27.0
Coabitação conjugal				
Sim	139	69.5	165	82.5
Não	61	30.5	35	17.5
Mais filhos				
Sim	165	82.5	155	77.5
Não	35	17.5	45	22.5
Luz em casa				
Sim	170	85.0	177	88.5
Não	30	15.0	23	11.5
Água em casa				
Sim	137	68.5	157	78.5
Não	63	31.5	43	21.5

3.2. Caracterização da sintomatologia ansiosa e depressiva da amostra

Na tabela 2 estão representados os dados da sintomatologia ansiosa da mãe e do pai que caracterizam a amostra.

Com relação à ansiedade, a tabela 2 indica que a maioria das mães cerca de 57.0% (n=114) está sem ansiedade; 43.0% das mães (n=86) tem ansiedade, e que a maioria dos pais (n=150) que representa 75.0% está sem ansiedade e 25.0% dos pais (n=50) está com ansiedade.

Com relação à depressão, a Tabela 2 indica que a maioria das mães (n=102) correspondente 51.0% não tem depressão; a minoria das mães (n=98) representando 49.0% tem depressão, enquanto que a maioria dos pais (n=155) que representa 77.5% está sem depressão mas, a minoria dos pais (n=45) representando 22.5% está com depressão.

A análise destes dados permitem dizer que a ansiedade e a depressão do casal é comparativamente maior nas mães que nos pais. Por outro lado, verifica-se também que a sintomatologia depressiva na mãe é maior que a sintomatologia ansiosa materna, enquanto que nos pais há mais ansiedade do que depressão.

Tabela 2. Dados da sintomatologia ansiosa e depressiva da amostra

Variáveis	Mãe		Pai	
	N	%	N	%
Ansiedade				
Sem ansiedade	114	57.0	150	75.0
Com ansiedade	86	43.0	50	25.0
Depressão				
Sem depressão	102	51.0	155	77.5
Com depressão	98	49.0	45	22.5

3.3. Caracterização dos dados relativos à comparação de médias através dos testes t

Neste item são descritos os resultados sobre a variação da sintomatologia ansiosa e depressiva da mãe e do pai, em função das variáveis sócio-demográficas e da percepção da maternidade e paternidade, obtidos por meio da realização dos testes t.

3.3.1. Variação da sintomatologia ansiosa da mãe em função das variáveis sócio-demográficas maternas

Na tabela 3 estão representados os dados da mãe que caracterizam a amostra quanto à variação da sintomatologia ansiosa em função das variáveis socio-demográficas.

Como se pode analisar na Tabela 3, a média da ansiedade das mães com relação as variáveis sócio-demográficas maternas (situação laboral, o planeamento da gravidez, a coabitação com o pai do bebé, a pretensão em ter mais filhos e ter luz e água em casa) não sofreu nenhuma influencia estatisticamente significativa em função deste tipo de variáveis.

Tabela 3. Variação da sintomatologia ansiosa materna em função das variáveis sócio-demográficas da mãe

VARIÁVEIS	N	MAM	t	gl	p
Mãe Trabalha					
Sim	62	6.63	-0.757	196.00	ns
Não	136	7.07			
Gravidez planeada					
Sim	108	7.00	0.200	198.00	ns
Não	92	6.89			
Coabita com pai bebé					
Sim	139	7.05	0.561	198.00	ns
Não	61	6.72			
Pretende mais filhos					
Sim	138	7.08	0.717	198.00	ns
Não	62	6.66			
Tem luz em casa					
Sim	170	6.86	-0.752	198.00	ns
Não	30	7.43			
Tem água em casa					
Sim	137	6.66	-1.609	198.00	ns
Não	63	7.59			

MAM: Média de Ansiedade Materna

3.3.2. Variação da sintomatologia ansiosa da mãe em função das suas percepções da maternidade

Na Tabela 4 estão representados os dados da mãe, da variação da sintomatologia ansiosa em função das suas percepções sobre a maternidade na gravidez.

A observação da Tabela 4 permite dizer que, em média, a sintomatologia ansiosa materna das mulheres que se preocupam com a ideia de poder vir a não ser uma boa mãe ($M=7.47$) é superior que a sintomatologia ansiosa das mães que não se preocupam com esta ideia ($M=5.38$). Esta diferença é estatisticamente significativa $t(3.45)=198.00, p=0.001$.

A média da ansiedade materna das mulheres que se preocupam com a ideia de ferir ou magoar o bebê ($M=7.25$) é estatisticamente maior quando comparada com a média de ansiedade das mães que não têm essa preocupação ($M=5.81$). Esta diferença é igualmente significativa $t(2.20)=198.00, p=0.029$.

Não houve diferenças estatisticamente significativas em relação às questões perceptivas relacionadas com: sentir-se mais cansada com as tarefas agora do que antes da gravidez, o desejo sexual pelo parceiro, o cheiro do corpo agradável, a disponibilidade de tempo para si, lamentação da gravidez, seios demasiado pequenos/grandes, cuidados com o corpo, vergonha no relacionamento sexual, satisfação com o uso de roupas de grávida e com a gravidez, ajuda do marido em casa, intenção de ter mais filhos, prazer ao cuidar do bebê, relação sexual desagradável para si, sentir que o marido sai muitas vezes sem si e sentir-se bem com o seu corpo.

A Tabela 4 representa ainda a distribuição de frequência dos dados perceptivos da mãe em relação à maternidade, constando os seguintes resultados:

A maior parte das mulheres, isto é, cerca de 78.5% ($n=157$) sente-se mais cansada agora do que antes de estar grávida; 75.5% das mulheres ($n=150$) está preocupada com a ideia de poder vir a não ser uma boa mãe; 73.5% das mulheres ($n=147$) deseja sexualmente o seu parceiro; 79.0% das mulheres ($n=159$) preocupa-se com a ideia de poder ferir ou magoar o bebê; 76.5% das mulheres ($n=153$) acha que o seu corpo tem um cheiro agradável; 85.0% das mulheres ($n=170$) acha que tem tempo suficiente para si; 77.5% das mulheres ($n=155$) não lamentou estar grávida; 72.0% das mulheres ($n=144$) não acha que os seus seios estão demasiado pequenos; 75.0% das mulheres ($n=150$) não acha que os seus seios estão demasiado grandes; 92.0% das mulheres ($n=184$) faz alguma coisa para cuidar do seu corpo; 81.5% das mulheres ($n=163$) não sentiu-se envergonhada no que se refere ao relacionamento sexual; 82.5% das mulheres ($n=165$) sentiu-se satisfeita com a ideia de usar roupas de grávida e percebe que o marido a ajuda em casa; 88.0% das mulheres ($n=176$) sentiu-se feliz por ter ficado grávida; 73.0% das mulheres ($n=146$) pensa em ter

mais filho e que a sua vida não irá ser difícil depois de o bebé nascer; 68.0% das mulheres (n=136) percebe que estar grávida não é desagradável para si; 95.0% das mulheres (n=190) terá prazer em cuidar do bebé; 63.0% das mulheres (n=126) não sente que a relação sexual é desagradável para si; 55.0% das mulheres (n=110) não sente que o marido sai muitas vezes sem si; 87.0% das mulheres sente-se bem com seu corpo; 95.5% das mulheres (n=199) gostará de dar de mamar ao bebé; 99.5% das mulheres gostará de brincar com o bebé e 88.5% das mulheres (n=177) conseguem dormir bem.

Tabela 4. variação da ansiedade materna em função das percepções da maternidade

Questões	N	%	MAM	t	gl	p
Sente-se mais cansada com as tarefas agora do que antes da gravidez?						
Sim	157	78.5	7.03	0.57	198.00	ns
Não	43	21.5	6.65			
A ideia de poder vir a não ser uma boa mãe preocupa-a?						
Sim	150	75.5	7.47	3.45	198.00	0.001
Não	50	25.0	5.38			
Deseja sexualmente o marido/companheiro?						
Sim	147	73.5	6.92	-0.19	198.00	ns
Não	53	26.5	7.04			
A ideia de poder ferir ou magoar o bebé preocupa-a?						
Sim	158	79.0	7.25	2.20	198.00	0.029
Não	42	21.0	5.81			
Acha que seu corpo tem um cheiro agradável?						
Sim	153	76.5	6.93	-0.10	198.00	ns
Não	47	23.5	7.00			
Acha que tem tempo suficiente para si agora e quando o bebé nascer?						
Sim	170	85.0	6.83	-1.06	198.00	ns
Não	30	15.0	7.63			
Lamentou estar grávida?						
Sim	45	22.5	7.58	1.25	198.00	ns
Não	155	77.5	6.77			
Acha que os seus seios estão demasiado pequenos?						
Sim	56	28.0	7.57	1.44	198.00	ns
Não	144	72.0	6.71			
Acha que os seios estão demasiado grandes?						
Sim	50	25.0	7.68	1.56	198.00	ns
Não	150	75.0	6.71			
Faz alguma coisa para cuidar do seu corpo?						
Sim	184	92.0	6.97	0.21	198.00	ns
Não	16	8.0	6.75			
Sentiu-se envergonhada no que se refere ao relacionamento sexual?						
Sim	37	18.5	7.41	0.80	198.00	ns
Não	163	81.5	6.85			
A ideia de usar roupas de grávida agradou-lhe?						
Sim	165	82.5	6.96	0.10	198.00	ns
Não	35	17.5	6.89			
Tem-se sentido feliz por ter ficado grávida?						
Sim	176	88.0	6.94	-0.12	198.00	ns
Não	24	12.0	7.04			
O marido/companheiro ajuda-a em casa?						
Sim	165	82.5	6.80	-1.20	198.00	ns
Não	35	17.5	7.66			
Pensa ter mais filhos?						

Sim	146	73.0	6.90	-0.27	198.00	ns
Não	54	27.0	7.07			
Estar grávida é desagradável para si?						
Sim	64	32.0	7.14	0.48	198.00	ns
Não	136	68.0	6.86			
Terá prazer de cuidar do bebé?						
Sim	190	95.0	6.91	-0.53	9,49	ns
Não	10	5.0	7.80			
Sente que a relação sexual é desagradável para si?						
Sim	74	37.0	7.27	0.91	198.00	ns
Não	126	63.0	6.76			
Sente que o marido/companheiro sai demasiadas vezes sem você?						
Sim	90	45.0	7.52	1.93	198.00	ns
Não	110	55.0	6.48			
Sente-se bem com seu corpo?						
Sim	174	87.0	6.82	-1.28	198.00	ns
Não	26	13.0	7.85			
Pensa que a sua vida irá ser mais difícil depois de ter o bebé?						
Sim	54	27.0	7.33	0.86	198.00	ns
Não	146	73.0	6.81			
Gostará de dar de mamar ao bebé?						
Sim	191	95.5	6.94	-0.21	198.00	ns
Não	9	4.5	7.22			
Gostará de brincar com o bebé?						
Sim	199	99.5	6.97	1.30	198.00	ns
Não	1	0.5	2.00			
Consegue dormir bem?						
Sim	177	88.5	6.83	-1.23	198.00	ns
Não	23	11.5	7.87			

MAM: Média de Ansiedade Materna

3.3.3. Variação da sintomatologia ansiosa do pai em função das variáveis sócio-demográficas paternas

Na tabela 5 estão representados os dados do pai que caracterizam a amostra quanto à variação da sintomatologia ansiosa em função das variáveis socio-demográficas. A análise da respectiva tabela possibilita dizer que não há diferenças estatisticamente significativas em relação à comparação de médias da sintomatologia ansiosa em função das variáveis paternas referentes a situação laboral, planeamento da gravidez, coabitação, intenção de ter mais filhos e ter luz e água em casa.

Tabela 5. Variação da sintomatologia ansiosa paterna em função das variáveis sócio-demográficas

VARIÁVEIS	N	MAP	t	gl	p
Pai Trabalha					
Sim	189	5,91	-1,175	198	ns
Não	11	7,27			
Gravidez planeada					
Sim	146	5,62	-1,090	198	ns
Não	54	6,35			
Vive com mãe bebé					
Sim	129	5,61	-0,911	198	ns
Não	71	6,18			
Pretende mais filhos					
Sim	165	5,81	-0,065	198	ns

Não	35	5,86			
Tem luz em casa					
Sim	177	5,92	0,980	198	ns
Não	23	5,00			
Tem água em casa					
Sim	157	5,68	-0,891	198	ns
Não	43	6,33			

MAP: Média de ansiedade paterna

3.3.4. Variação da sintomatologia ansiosa do pai em função das suas percepções de paternidade

Na Tabela 6 estão representados os dados de percepção do pai e a variação da sintomatologia ansiosa em função dessas variáveis.

A Tabela 6 indica que em média a sintomatologia ansiosa dos pais que se sentem mais cansados com as suas tarefas agora ($M=8.24$) é estatisticamente superior quando comparada com a sintomatologia ansiosa dos pais que não se sentem mais cansados com suas tarefas ($M=5.01$), $t(4.93)=198.00$, $p<0.001$.

É também estatisticamente significativa a diferença entre a sintomatologia ansiosa dos homens que se preocupam com a ideia de vir a não ser um bom pai ($M=6.33$) quando comparada com a sintomatologia ansiosa dos pais que não se preocupam com essa ideia ($M=6.43$), $t(3.29)=188.41$, $p=0.001$; entre a sintomatologia ansiosa dos pais que se preocupam com a ideia de poder ferir ou magoar o bebé ($M=7.05$) quando comparada com a sintomatologia ansiosa dos pais que não se preocupam com essa ideia ($M=4.85$), $t(3.53)=130.58$, $p=0.001$; entre a sintomatologia ansiosa dos pais que se têm sentido felizes por suas esposas terem ficado grávidas ($M=5.51$) quando comparada com a sintomatologia ansiosa dos pais que não se sentem felizes por isso ($M=8.43$), $t(-3.04)=198.00$, $p=0.003$ e entre a sintomatologia ansiosa dos pais que pensam que a sua vida será mais difícil depois de o bebé nascer ($M=7.07$) quando comparada com a sintomatologia ansiosa dos pais que não pensam assim ($M=5.28$), $t(2.78)=198.00$, $p=0.006$.

As demais variáveis de percepção paterna não mostraram diferenças estatisticamente significativas: em relação ao desejo sexual pela parceira, percepção do cheiro do corpo da esposa como agradável, disponibilidade de tempo para si, lamentação pela esposa ter ficado grávida, percepção dos seios da esposa como demasiado grandes ou pequenos, desejar que a esposa cuide mais do seu corpo, sentir-se envergonhado quanto ao relacionamento sexual, sentir-se satisfeito por a esposa usar roupas de grávida, apoio à

esposa em casa, intenção de ter mais filho, prazer no brincar e cuidar do bebê, sentir que a relação sexual é desagradável e se consegue dormir bem.

Na tabela 6 estão também distribuídos os resultados de percepção da paternidade, que apontam o seguinte: a maioria dos pais no presente estudo não fica mais cansado a fazer as suas tarefas agora (75.0%, n=150), sente-se preocupada com a ideia de vir a não ser um bom pai (69.0%, n=138), deseja sexualmente a sua parceira (84.5%, n=169), não se preocupa com a ideia de ferir ou magoar o bebê (56.0%, n=112), acha que o corpo da sua companheira tem um cheiro agradável (68.0%, n=136), acha que terá tempo suficiente para si quando o bebê nascer (77.0%, n=154), não lamentou que sua esposa ficasse grávida (61.5%, n=123), não acha que os seios da sua esposa estão demasiado pequenos (85.5%, n=171) nem demasiado grandes (80.0%, n=169), não gostaria que a sua esposa cuidasse mais do corpo dela (56.5%, n=113), não sentiu-se envergonhado no que se refere ao relacionaento sexual (82.5%, n=165), sentiu-se satisfeito por a sua esposa usar roupas de grávida (84.5%, n=169), tem se sentido feliz por sua esposa ter ficado grávida (89.5%, n=179), ajuda a sua esposa em casa (65.0%, n=130), pensa ter mais filhos (80.5%, n=161), terá prazer de cuidar do bebê (90.0%, n=180) e gostará de brincar com ele (92.5%, n=185), sente que a relação sexual é desagradável para si (59.5%, n=119), não pensam que a sua vida será difícil depois de o bebê nascer (70.0%, n=140) e conseguem dormir bem (94.5%, n=189).

Tabela 6. Variação da ansiedade do pai em função das percepções de paternidade

Variáveis	N	%	MAP	t	gl	p
Sente-se mais cansado com as suas tarefas agora do que antes da gravidez?						
Sim	50	25.0	8.24	4.93	198.00	<0.001
Não	150	75.0	5.01			
Preocupa-te a ideia de vir a não ser um bom pai?						
Sim	138	69.0	6.33	3.29	188.41	0.001
Não	61	30.5	6.43			
Deseja sexualmente a companheira?						
Sim	169	84.5	5.46	-2.85	198.00	ns
Não	31	15.5	7.77			
Preocupa-te a ideia de poder ferir ou magoar o bebê?						
Sim	88	44.0	7.05	3.53	130.58	0.001
Não	112	56.0	4.85			
Acha que o corpo da sua companheira tem um cheiro agradável?						
Sim	136	68.0	5.86	0.22	198.00	ns
Não	64	32.0	5.72			
Acha que tem tempo para si agora e quando o bebê nascer?						
Sim	154	77.0	5.50	-1.93	198.00	ns

Não	46	23.0	6.87			
Lamentou que a sua esposa/companheira ficasse grávida?						
Sim	77	38.5	6.40	1.55	198.00	ns
Não	123	61.5	5.45			
Acha que os seios da esposa/companheira estão demasiado pequenos?						
Sim	29	14.5	7.24	1.97	198.00	ns
Não	171	85.5	5.57			
Acha que os seios da esposa/companheira estão demasiado grandes?						
Sim	40	20.0	6.68	1.43	198.00	ns
Não	160	80.0	5.60			
Gostaria que a sua esposa/companheira cuidasse mais do corpo dela?						
Sim	87	43.5	5.71	-0.29	198.00	ns
Não	113	56.5	5.89			
Sentiu-se envergonhado no que se refere ao relacionamento sexual?						
Sim	35	17.5	5.97	0.24	198.00	ns
Não	165	82.5	5.78			
A ideia de a sua esposa/companheira usar roupas de grávida agrada-lhe?						
Sim	169	84.5	5.58	-1.84	198.00	ns
Não	31	15.5	7.10			
Tem se sentido feliz por sua esposa/companheira ter ficado grávida?						
Sim	179	89.5	5.51	-3.04	198.00	0.003
Não	21	10.5	8.43			
Ajuda a sua esposa/companheira em casa?						
Sim	130	65.0	5.57	-1.21	197.00	ns
Não	69	34.5	6.33			
Pensa ter mais filhos?						
Sim	161	80.5	5.63	-1.23	198.00	ns
Não	39	19.5	6.56			
Terá prazer de cuidar do bebé?						
Sim	180	90.0	5.64	-1.77	198.00	ns
Não	20	10.0	7.40			
Sente que a relação sexual é desagradável para si?						
Sim	119	59.5	5.34	-1.90	197.00	ns
Não	80	40.0	6.50			
Pensa que a sua vida será mais difícil depois do bebé nascer?						
Sim	60	30.0	7.07	2.78	198.00	0.006
Não	140	70.0	5.28			
Gostará de brincar com o bebé?						
Sim	185	92.5	5.72	-1.12	198.00	ns
Não	15	7.5	7.00			
Consegue dormir bem?						
Sim	189	94.5	5.66	-1.50	197.00	ns
Não	10	5.0	7.70			

MAP: Média de Ansiedade Paterna

3.3.5. Variação da sintomatologia depressiva da mãe em função das variáveis sócio-demográficas maternas

Na tabela 7 estão representados os dados quanto à variação da sintomatologia depressiva materna em função das variáveis sociodemográficas.

De acordo com a Tabela 7, a média em depressão é estatisticamente menor nas mães que planearam a gravidez ($M=8.94$) quando comparada com as que não planearam a gravidez ($M=10.70$), sendo esta diferença significativa $t(-2.23)=198.00$, $p=0.026$. A situação laboral

da mãe, a coabitação com o pai do bebé, a intenção de ter mais filhos, ter luz e água em casa não mostraram diferenças estatisticamente significativa na variação da sintomatologia depressiva materna nessas variáveis.

Tabela 7. variação da sintomatologia depressiva materna em função das variáveis sociodemográficas

VARIÁVEIS	N	MDM	t	gl	p
Mãe Trabalha					
Sim	62	8.97	-1.33	196.00	ns
Não	136	10.11			
Gravidez planeada					
Sim	108	8.94	-2.23	198.00	0.026
Não	92	10.70			
Coabita com pai bebé					
Sim	139	9.38	-1.38	198.00	ns
Não	61	10.57			
Pretende mais filhos					
Sim	138	9.78	0.11	198.00	ns
Não	62	9.69			
Tem luz em casa					
Sim	170	9.81	0.36	198.00	ns
Não	30	9.40			
Tem água em casa					
Sim	137	9.61	-0.49	198.00	ns
Não	63	10.03			

MDM: Média de Depressão Materna

3.5.6. Variação da sintomatologia depressiva da mãe em função das suas percepções de paternidade

Na tabela 8 estão representados os dados da mãe quanto à variação da sintomatologia depressiva com as questões de percepção materna.

A Tabela 8 indica que em média, a depressão das mulheres que se preocupam com a ideia de vir ser boa mãe ($M=10.35$) é maior que nas mães que não se preocupam com tal ideia ($M=7.94$). Esta diferença é estatisticamente significativa $t(2,67)=198.00, p=0.008$.

A média de depressão nas mães que se preocupam com a ideia de ferir ou magoar o bebé ($M=10.21$) é maior que a média de depressão nas mães que não se preocupam com a ideia de ferir ou magoar o bebé ($M=8.00$). Esta diferença é estatisticamente significativa $t(2,29)=198.00, p=0.023$.

A média de depressão nas mães que lamentaram estar grávidas ($M=12.51$) é maior que nas mães que não lamentaram estar grávidas ($M=8.94$). Esta diferença é estatisticamente significativa $t(3,89)=198.00, p<0.001$.

A média de depressão nas mães que acham os seus seios demasiado pequenos ($M=11.41$) é maior que nas mães que não acham os seus seios demasiado pequenos ($M=9.10$). Esta diferença é estatisticamente significativa $t(2,66)=198.00, p=0.008$.

A média de depressão nas mães que acham os seus seios demasiado grandes ($M=11.16$) é maior que nas mães que não acham os seus seios demasiado grandes ($M=9.27$). Esta diferença é estatisticamente significativa $t(2,07)=198.00, p=0.039$.

A média de depressão nas mães que se sentiram envergonhadas quanto ao relacionamento sexual ($M=12.86$) é maior que nas mães que não se sentiram envergonhadas ($M=9.04$). Esta diferença é estatisticamente significativa $t(3,88)=198.00, p<0.001$.

A média de depressão nas mães que se sentiram felizes por ter ficado grávidas ($M=9.27$) é menor que nas mães que não se sentiram felizes por ter ficado grávidas ($M=13.21$). Esta diferença é estatisticamente significativa $t(-3,30)=198.00, p=0.001$.

A média de depressão nas mães cuja gravidez foi desagradável ($M=11.63$) é maior que nas mães cuja gravidez não foi desagradável ($M=8.86$). Esta diferença é estatisticamente significativa $t(3,11)=198.00, p=0.002$.

A média de depressão nas mães que sentem a relação sexual desagradável ($M=11.31$) é maior que nas mães cujas relações sexuais não são desagradáveis ($M=8.83$). Esta diferença é estatisticamente significativa $t(3,09)=198.00, p=0.002$.

A média de depressão das mães que sentem o marido/companheiro saindo demasiadas vezes sem elas ($M=10.97$) é maior que nas mães que não sentem o marido/companheiro saindo demasiadas vezes sem elas ($M=8.75$). Esta diferença é estatisticamente significativa $t(2,83)=198.00, p=0.030$.

A média de depressão nas mães que conseguem dormir bem ($M=9.44$) é menor que nas mães que não conseguem dormir bem ($M=12.13$). Esta diferença é estatisticamente significativa $t(-2,191)=198.00, p=0.030$.

As variáveis relacionadas com o sentir-se mais cansada com as tarefas, o desejo sexual pelo parceiro, a percepção do cheiro como agradável, a disponibilidade de tempo para si, os cuidados com o corpo, a satisfação com o uso de roupas de grávida, a ajuda do marido em casa, intenção de ter mais filhos, o prazer de cuidar e brincar com o bebé, sentir-se bem com o seu corpo, pensar que a vida será mais difícil depois de o bebé nascer e gostar de

amamentar o bebé não revelaram influencia na variação da sintomatologia depressiva materna.

Tabela 8. Variação da sintomatologia depressiva materna em função das suas percepções sobre a maternidade

Questões	N	%	MDM	t	gl	p
Sente-se mais cansada com as tarefas agora do que antes da gravidez?						
Sim	157	78.5	10.10	1.73	198.00	ns
Não	43	21.5	8.44			
A ideia de poder vir a não ser uma boa mãe preocupa-a?						
Sim	150	75.5	10.35	2.67	198.00	0.008
Não	50	25.0	7.94			
Deseja sexualmente o marido/companheiro?						
Sim	147	73.5	9.39	1.50		
Não	53	26.5	10.74		198.00	ns
A ideia de poder ferir ou magoar o bebé preocupa-a?						
Sim	158	79.0	10.21	2.29	198.00	0.023
Não	42	21.0	8.00			
Acha que seu corpo tem um cheiro agradável?						
Sim	153	76.5	9.52	1.01	198.00	ns
Não	47	23.5	10.47			
Acha que tem tempo suficiente para si agora quando o bebé nascer?						
Sim	170	85.0	9.69	0.30	198.00	ns
Não	30	15.0	10.03			
Lamentou estar grávida?						
Sim	45	22.5	12.51	3.89		
Não	155	77.5	8.94		198.00	<0.001
Acha que os seus seios estão demasiado pequenos?						
Sim	56	28.0	11.41	2.66	198.00	0.008
Não	144	72.0	9.10			
Acha que os seus seios estão demasiado grandes?						
Sim	50	25.0	11.16	2.07	198.00	0.039
Não	150	75.0	9.27			
Faz alguma coisa para cuidar do seu corpo?						
Sim	184	92.0	9.72	0.23	198.00	ns
Não	16	8.0	10.06			
Sentiu-se envergonha no que se refere ao relacionamento sexual?						
Sim	37	18.5	12.86	3.88	198.00	<0.001
Não	163	81.5	9.04			
A ideia de usar roupas de grávida agradou-lhe?						
Sim	165	82.5	9.55	1.06	198.00	ns
Não	35	17.5	10.66			
Tem-se sentido feliz por ter ficado grávida?						
Sim	176	88.0	9.27	3.30	198.00	0,001
Não	24	12.0	13.21			
O marido/companheiro ajuda-a em casa?						
Sim	165	82.5	9.53	1.19	198.00	ns
Não	35	17.5	10.77			
Pensa ter mais filhos?						
Sim	146	73.0	9.42	1.33	198.00	ns
Não	54	27.0	10.61			
Estar grávida é desagradável para si?						
Sim	64	32.0	11.63	3.11	104,800	0.002
Não	136	68.0	8.86			
Terá prazer de cuidar do bebé?						
Sim	190	95.0	9.75	0.08	198.00	ns
Não	10	5.0	9.60			
Sente que a relação sexual é desagradável para si?						

Sim	74	37.0	11.31	3.09	198.00	0.002
Não	126	63.0	8,83			
Sente que o marido/companheiro sai demasiadas vezes sem si?						
Sim	90	45.0	10.97	2.83	198.00	0.005
Não	110	55.0	8.75			
Sente-se bem com seu corpo?						
Sim	174	87.0	9.53	1.37	198.00	ns
Não	26	13.0	11.15			
Pensa que a sua vida será mais difícil depois do bebé nascer?						
Sim	54	27.0	11.00	1.67	74,39	ns
Não	146	73.0	9.28			
Gostará de dar de mamar ao bebé?						
Sim	191	95.5	9.64	1.17	198.00	ns
Não	9	4.5	11.89			
Gostará de brincar com o bebé?						
Sim	199	99.5	9.76	0.49	198.00	ns
Não	1	0.5	7.00			
Consegue dormir bem?						
Sim	177	88.5	9.44	2.19	198.00	0.030
Não	23	11.5	12.13			

MDM: Média de Depressão Materna

3.3.7. Variação da sintomatologia depressiva do pai em função das variáveis sócio-demográficas paternas

Na Tabela 9 estão representados os dados da que caracterizam a amostra quanto à variação da sintomatologia depressiva em função das variáveis socio-demográficas.

A Tabela 9 indica que em média a depressão nos pais que planearam a gravidez ($M=5.01$) é menor que nos pais que não planearam ($M=7.12$). Esta diferença é estatisticamente significativa $t(-2,69)=164.83$, $p=0.008$.

As demais variáveis como a situação laboral do pai, a coabitação com a mãe do bebé, a intenção de ter mais filhos, e ter luz e água em casa não revelaram influencia estatisticamente significativa.

Tabela 9. Variação da sintomatologia depressiva paterna em função das variáveis sócio-demográficas

VARIÁVEIS	N	MDP	t	gl	p
Pai Trabalha					
Sim	62	5.98	0.03	153.00	ns
Não	136	5.96			
Gravidez planeada					
Sim	108	5.01	-2.69	164.83	0.008
Não	92	7.12			
Vive com a mãe do bebé					
Sim	139	5.71	-1.04	198.00	ns
Não	61	6.59			
Pretende mais filhos					
Sim	138	5.96	-0.09	198.00	ns
Não	62	6.03			
Tem luz em casa					
Sim	170	5.93	-0.31	198.00	ns
Não	30	6.27			
Tem água em casa					

Sim	137	5.67	-1.17	198.00	ns
Não	63	6.65			

MDP: Média de depressão Paterna

3.3.8. Variação da sintomatologia depressiva do pai em função das suas percepções de paternidade

Na tabela 10 estão representados os dados que caracterizam a amostra quanto à variação da sintomatologia depressiva em função das suas percepções de paternidade.

Na Tabela 10 pode-se verificar que a média de depressão nos pais que ficam mais cansados a fazer as suas tarefas agora do que antes da gravidez ($M=10.08$) é maior que nos pais que não ficam cansados ($M=4.61$). Esta diferença é estatisticamente significativa $t(5,99)=70.16, p<0.001$.

A média de depressão nos pais que desejam sexualmente a esposa/companheira ($M=5.11$) é menor que nos pais que não desejam ($M=10,74$). Esta diferença é estatisticamente significativa $t(-3.95)=33.81, p<0.001$.

A média de depressão nos pais que se preocupam com a ideia de poder ferir ou magoar o bebé ($M=7.85$) é maior que nos pais que não se preocupam ($M=4.51$). Esta diferença é estatisticamente significativa $t(4,25)=138.69, p<0.001$.

A média de depressão nos pais que acham ter menos tempo para eles agora e quando o bebé nascer ($M=5.06$) é menor que nos pais que não acham ter menos tempo para eles agora e quando o bebé nascer ($M=9.04$). Esta diferença é estatisticamente significativa $t(-3,81)=59.63, p<0.001$.

A média de depressão nos pais que acham os seios da esposa/companheira demasiado pequenos ($M=8.10$) é maior que nos pais que não acham os seios da esposa/companheira demasiado pequenos ($M=5.62$). Esta diferença é estatisticamente significativa $t(2,28)=198.00, p=0.024$.

A média de depressão nos pais que se agradaram com a ideia da esposa/companheira usar roupa de grávida ($M=5,27$) é menor que nos pais que não se agradaram ($M=9.84$). Esta diferença é estatisticamente significativa $t(-4.46)=198.00, p<0.001$.

A média de depressão nos pais que se têm sentido felizes por sua esposa/companheira ter ficado grávida ($M=5.26$) é menor que nos pais que não se têm se sentido felizes por sua

esposa/companheira ter ficado grávida ($M=12.14$). Esta diferença é estatisticamente significativa $t(-4.22)=22.03$, $p<0.001$.

A média de depressão nos pais que ajudam a sua esposa/companheira em casa ($M=5.28$) é menor que a média dos pais deprimidos que não ajudam a sua esposa/companheira em casa ($M=7.38$). Esta diferença é estatisticamente significativa $t(-2.60)=197.00$, $p=0.010$.

A média de depressão nos pais que terão prazer de cuidar do bebé ($M=5.44$) é menor que nos pais que não terão prazer de cuidar do bebé ($M=10.80$). Esta diferença é estatisticamente significativa $t(-3,37)=21.32$, $p=0.003$.

A média de depressão nos pais que pensam que a vida será mais difícil depois do bebé nascer ($M=7.52$) é maior que nos pais que não pensam que a vida será mais difícil depois do bebé nascer ($M=5.32$). Esta diferença é estatisticamente significativa $t(-2,63)=198.00$, $p=0.015$.

Esta tabela mostra ainda que não há diferenças estatisticamente significativas nas seguintes variáveis: preocupação em vir a não ser um bom pai, percepção do cheiro da parceira como agradável, lamentação por sua esposa ter ficado grávida, percepção do seio da parceira como demasiado grande, cuidados com o corpo da parceira, a vergonha no relacionamento sexual, a intenção de ter mais filhos, gostar de brincar com o bebé e conseguir dormir bem.

Tabela 10. Variação da sintomatologia depressiva do pai em função das suas percepções de paternidade

Questões	N	%	MDP	t	gl	p
Sente-se mais cansado com as suas tarefas agora do que antes da gravidez?						
Sim	50	25.0	10.08	5.99	70.16	<0.001
Não	150	75.0	4.61			
Preocupa-te a ideia de vir a não ser um bom pai?						
Sim	138	69.0	6.43	1.90	144.76	ns
Não	61	30.5	4.97			
Deseja sexualmente a companheira?						
Sim	169	84.5	5.11	-3.95	33.81	<0.001
Não	31	15.5	10.74			
Preocupa-te a ideia de poder ferir ou magoar o bebé?						
Sim	88	44.0	7.85	4.25	138.69	<0.001
Não	112	56.0	4.51			
Acha que o corpo da sua companheira tem um cheiro agradável?						
Sim	136	68.0	5.71	-0.97	107.20	ns
Não	64	32.0	6.56			
Acha que tem tempo para si agora e quando o bebé nascer?						
Sim	154	77.0	5.06	-3.81	59.63	<0.001
Não	46	23.0	9.04			
Lamentou que a sua esposa/companheira ficasse grávida?						
Sim	77	38.5	6.35	0.75	198.00	ns
Não	123	61.5	5.75			
Acha que os seios da esposa/companheira estão demasiado						

pequenos?						
Sim	29	14.5	8.10	2.28	198.00	0.024
Não	171	85.5	5.62			
Acha que os seios da esposa/companheira estão demasiado grandes?						
Sim	40	20.0	7.35	1.52	51.05	ns
Não	160	80.0	5.64			
Gostaria que a sua esposa/companheira cuidasse mais do corpo dela?						
Sim	87	43.5	6.40	0.95	198.00	ns
Não	113	56.5	5.65			
Sentiu-se envergonhado no que se refere ao relacionamento sexual?						
Sim	35	17.5	6.06	0.09	198.00	ns
Não	165	82.5	5.96			
A ideia de a sua esposa/companheira usar roupas de grávida agrada-lhe?						
Sim	169	84.5	5.27	-4.46	198.00	<0.001
Não	31	15.5	9.84			
Tem se sentido feliz por sua esposa/companheira ter ficado grávida?						
Sim	179	89.5	5.26	-4.22	22.03	<0.001
Não	21	10.5	12.14			
Ajuda a sua esposa/companheira em casa?						
Sim	130	65.0	5.28	-2.60	197.00	<0.001
Não	69	34.5	7.38			
Pensa ter mais filhos?						
Sim	161	80.5	5.57	-1.90	50.06	ns
Não	39	19.5	7.69			
Terá prazer de cuidar do bebé?						
Sim	180	90.0	5.44	-3.37	21.32	0.003
Não	20	10.0	10.80			
Sente que a relação sexual é desagradável para si?						
Sim	119	59.5	5.18	-2.46	197.00	0.015
Não	80	40.0	7.10			
Pensa que a sua vida será mais difícil depois do bebé nascer?						
Sim	60	30.0	7.52	2.63	198.00	0.009
Não	140	70.0	5.32			
Gostará de brincar com o bebé?						
Sim	185	92.5	5.91	-0.60	198.00	ns
Não	15	7.5	6.80			
Consegue dormir bem?						
Sim	189	94.5	5.71	-1.63	9.50	ns
Não	10	5.0	9.50			

MDP: Média de Depressão Paterna

De acordo com os dados na Tabela 10, verifica-se que em média há diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia depressiva entre os pais que se sentem agora mais cansados com as suas tarefa em relação aos que não se sentem cansados; entre os pais que desejam sexualmente as suas parceiras e os que não a desejam; entre os pais que se preocupam com a ideia de prejudicar o seu bebé e os que não se preocupam; entre os pais que acham que têm tempo suficiente para si agora e o que não o têm; entre os que acham os seios da sua esposa demasiado pequenos e os que não acham; entre os que acham agradável as suas esposas usarem roupas de grávida e os que não o acham agradável; entre os que estiveram felizes por suas esposas terem ficado grávida e os que não; entre os que ajudam as suas esposas em casa e os que não ajudam; entre os que terão prazer em cuidar do bebé e os que não terão prazer; entre os que sentem a relação sexual desagradável para

si e os que não e entre os que acham que a sua vida será mais difícil depois de o bebé nascer e os que não acham.

CAPITULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os significados dos resultados obtidos bem como a interpretação dos principais resultados à luz da literatura consultada.

Assim sendo, estudos de Conde e Figueiredo (2005) confirmam que as mulheres com melhores recursos pessoais como mestria ou controlo percebido, auto-estima e optimismo têm bebês com peso superior enquanto as que revelam maior stresse apresentam gestações mais curtas. Estes autores referem que inúmeros estudos apontam para os factores psicossociais estarem significativamente relacionados com a incidência de graves problemas de saúde não só da mãe mas também do feto desde o início do desenvolvimento intra-uterino, como a frequência cardíaca alta.

Correia e Linhares (2007) encontraram elevados níveis de ansiedade materna na gravidez relacionados com complicações da gravidez, problemas no desenvolvimento do feto, problemas emocionais e comportamentais ocorridos na infância e na adolescência. Neste trabalho, a sintomatologia ansiosa da mãe no pré-natal esteve associada significativamente às preocupações com as ideias de não vir a ser boa mãe e magoar ou ferir o bebé.

Na revisão feita por Correia e Linhares (2007), as mães mostraram maiores graus de ansiedade relativamente aos pais, e foi constatada a co-existência da sintomatologia ansiosa e depressiva da mãe. Os resultados do presente estudo corroboram com esses dados, na medida em que se constatou maior índice de sintomatologia ansiosa na grávida comparativamente aos maridos, de igual modo, verificou-se comorbilidade na sintomatologia ansiosa e depressiva nas referidas mães.

Num estudo desenvolvido por Baptista, Baptista e Torres (2006) sobre a associação entre o suporte social, depressão e ansiedade em gestantes, verificou-se uma taxa de 29.0% de sintomatologia depressiva e 70.5% de sintomas ansiosos. Analisando esses dados, percebe-se que a sintomatologia ansiosa nessas mulheres é comparativamente maior que a sintomatologia ansiosa materna encontrada em nosso estudo (43.0%). Mas a sintomatologia depressiva materna em nosso estudo é mais elevada (49.0%). Ao contrário do estudo desenvolvido por Baptista et al. (2006), em nosso estudo há mais sintomatologia depressiva materna do que sintomatologia ansiosa materna.

Hallstrom e McClure (2000, p.75) assinalam que “as pessoas que vivem em ambientes de maior estresse apresentam uma maior propensão ao desenvolvimento de sintomas relacionados com a ansiedade”. Neste sentido, o presente estudo reforça a ideia antes assinalada por esses autores, na medida em que a percepção de que os pais têm maior cansaço na realização das suas tarefas agora do que antes da gravidez, preocupam-se com a ideia de não vir a ser bom pai e de ferir ou magoar o bebé, a percepção de que não desejam sexualmente a sua parceira, a percepção de que não se sentem satisfeitos por sua parceira ter ficado grávida e perceberem que a sua vida será mais difícil quando o bebé nascer, foram estatisticamente significativas para a ansiedade paterna. Sendo que estas variáveis de percepção paterna podem criar um ambiente de conviência desencadeador de estresse nos respectivos pais.

De acordo com Conde e Figueiredo (2003), os factores demográficos como a raça, a idade, o estado civil, o nível de escolaridade, a situação laboral, o nível sócio-económico, factores obstétricos, psicológicos, psicossociais e também os factores culturais podem estar relacionados com a ansiedade na gestação. No presente trabalho, as variáveis sociodemográficas da mãe e do pai não tiveram diferenças estatisticamente significativas na variação da sintomatologia ansiosa da mãe e do pai.

Com relação a sintomatologia depressiva materna houve significação estatística nas variáveis planeamento da gravidez, preocupação de não vir ser boa mãe, ferir ou magoar o bebé, lamentação da gravidez, percepção do tamanho dos seios, sentimento de vergonha na relação sexual, sentimento em relação a gravidez, sentimento de abandono por parte do companheiro e a percepção do sono. Porém, o desemprego e a baixa escolaridade não foram estatisticamente significativos na sintomatologia depressiva na gestante, apesar de alguns estudos (Pereira & Lovosi, 2008) essas variáveis constituírem entre outras os principais factores de risco da depressão na gestante.

As taxas, tanto da ansiedade como da depressão em nosso estudo, são extremamente altas e sugerem uma sobreposição, duplicidade ou coexistência das duas perturbações psicológicas que antevêm à existência de casais potencialmente em risco no município de Benguela, sinal de alerta para intervenções psicológicas.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ansiedade e a depressão gestacionais nesta amostra de casais benguelenses é alta e justifica a necessidade de intervenção psicológica em relação a estes mesmos transtornos.

O presente estudo mostrou que, como acontece noutras regiões, diversas variáveis concorrem para a ocorrência da ansiedade e depressão na gravidez. Entretanto, importa realçar que quase nenhuma variável sócio-demográfica foi estatisticamente significativa nestes transtornos ao contrário das variáveis perceptivas que mostraram maiores diferenças com significação.

Assim sendo, confirma-se a primeira hipótese na medida em que a sintomatologia da ansiedade e da depressão no casal é mais elevada na mulher. Contudo, quanto à segunda hipótese, verificou-se que a sintomatologia ansiosa não foi mais elevada que a sintomatologia depressiva na mulher mas sim em relação aos seus parceiros.

Correia e Linhares (2007) recomendam medidas de identificação e intervenção precoces de altos níveis de ansiedade materna para evitar prejuízos ao desenvolvimento dos bebés pré-termo e neutralizar o potencial negativo no desenvolvimento infantil de bebés nascidos pré-termo ou a termo.

Conde e Figueiredo (2005) alertam para a necessidade de se implementar medidas de prevenção e intervenção em situações de alta ansiedade para garantir diminuição das consequências e implicações para a saúde e desenvolvimento cognitivo, motor e emocional do bebé, não só durante a gestação como após a nascença. Uma das consequências é o facto de a ansiedade estar associada com o parto prematuro e o baixo peso do bebé à nascença e que uma intervenção específica pode aliviar e beneficiar a duração do período de gestação e diminuição do risco da prematuridade.

Correia e Linhares (2007) aconselham não avaliar a ansiedade no pós-natal sem que tenham-na avaliada primeiro no pré-natal, para evitar o comprometimento da compreensão dos resultados.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, A. C. P. (2003). *Abuso sexual de crianças: crenças sociais e discursos da Psicologia*. Tese em Mestrado em Psicologia da Justiça. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/3197>
- Araújo, D. M. R., Pereira, N. L., & Kac, G. (2007). Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cad. Saúde Pública*, 23(4), 747-756. <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v23n4/01.pdf>.
- Azevedo, K. R., & Arrais, A. R. (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-natal. *Psicologia: reflexão e crítica*, 19(2), 269-276. www.scielo.br/prc
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7(1), 39-48. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v7n1/v7n1a06.pdf>
- Camacho, R. S., Cantinelli, F. S., Ribeiro, C. S., Cantilino, A., Gonsales, B. K., Braugittoni, E., & Jr, J.R. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista Psiquiátrica Clínica*, 33(2), 92-102. www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n2/pdf/92
- Campos, R. C. (2000). Processo gravídico, parto e prematuridade: uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo. *Análise Psicológica*, 1(XVIII), 15-35. www.scielo.oces.mctes.pt/scielo
- Coêlha, N. L., & Tourinho, E. Z. (2008). O conceito de ansiedade na análise do comportamento. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 21(2), 171-178.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na gravidez: Factores de riscos e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Psiquiatria Clínica*, 24(3), 197-209. <http://hdl.handle.net/1822/4217>
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2005). Ansiedade na gravidez: implicações para a saúde e desenvolvimento do bebé e mecanismos neurofisiológicos envolvidos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1(36), 41-49. <http://hdl.handle.net/1822/4646>
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2007). Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-natal. *Aná. Psicológica*, 25(3), 381-398. <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo>

- Correia, L. L., & Linhares, M. B. M. (2007). Ansiedade materna nos períodos pré e pós – natal: revisão da literatura. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15(4). www.eerp.usp.br/rlae
- Cruz, P. M. F. A. (2009). *A depressão no feminino: o gênero e a doença como laboratório de laços sociais*. Dissertação de Mestrado em Sociologia. www.repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream
- Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2006). Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstétrica*, 28(3), 171-178. <http://www.scielo.br/pdf/rbgo>
- Freitas, G. V. S., & Botega, N.J. (2002). Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Revista Associação Médica Brasileira*, 48(3), 245-249. <http://scholar.google.pt/scholar?q=ansiedade+na+gravidez>
- Gardner, J., & Bell, A. H. (2004). *Superando a ansiedade, o pânico e a depressão: novas maneiras de recuperar a autoconfiança*. Mandras Editora, Brasil.
- Graeff, F. G. (2007). Ansiedade experimental humana. *Rev. Psiquiatria Clínica*, 34(5), 251-253. www.scielo.br/scielo.php
- Hallstrom, N., & McClure, N. (2000). *Ansiedade e depressão: perguntas e respostas*. 1ª Edição, Climepsi Editores, Lisboa.
- Luís, M. A. V., & Oliveira, E. R. (1998). Transtornos mentais na gravidez, parto e puerpério, na região de Ribeirão Preto – SP – Brasil. *Revista Esc. Enfermagem USP*, 2(4), 314-324. www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/448
- Magalhães, P. V. S., Pinheiro, R. T., Faria, A. D., Osório, C. M. & Da Silva, R. A. (2006). Questões críticas para o tratamento farmacológico da depressão pós-natal. *Revista Psiquiátrica Clínica*, 33(5), 245-248. <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista>
- Manuila L., Manuila, A., Lewalle, A., & Nicoulin, M. (2003). *Dicionário Médico* (3ª ed.). Lisboa: Climepsy Editores.
- Moraes, I. G. S., Pinheiro, R. T., Silva, R. A., Horta, B. L., Sousa, P. L. R., & Faria, A. D. (2006). Prevalência da depressão pós-natal e fatores associados. *Revista Saúde Pública*, 40(1), 65-70. www.fsp.usp.br/rsp.

- Neto, M. L. R., Rocha, V. M., & Silva, L. B. (2005). A depressão pós-natal em vozes que interpretam. *Psicologia, saúde & doenças*, 6(1), 109-115. <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo>
- Noya, A., & Leal, I. P. (1998). Interrupção voluntária da gravidez: Que respostas emocionais? Que discurso psicológico? *Análise Psicológica*, 3(XVI), 431-439. www.scielo.oces.mctes.pt/pdf
- Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R., & Pais, A. (2005). Antecipação da experiência de parto: Mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1), 7-41. <http://hdl.handle.net/1822/4725>.
- Padovani, F. H. P. (2005). *Indicadores emocionais da ansiedade, disforia e depressão e verbalizações maternas acerca do bebé, da amamentação e da maternidade de mães de bebés nascidos pré-termos de muito baixo peso, durante a hospitalização do bebé e após a alta, comparadas à mães de bebés nascidos à termo*. Tese (doutoramento) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. www.teses.usp.br/teses/.../Flavia_Helena_Pereira_Padova
- Pereira, P. K., & Lovisi, G. M. (2008). Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Revista Psiquiátrica Clínica*, 35(4), 144-153. www.scielo.br/pdf/rpc/v35n4/04
- Ramos, R. C. (2004). *Acontecimentos de vida na infância e percepção de stresse na adultez*. Dissertação de Mestrado em Sociologia da Saúde <https://repositorium.sdum.uminho.pt>
- Rato, P. I. (1998). Ansiedades perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. *Análise Psicológica*, 3(XVI), 405-413. <http://www.scielo.oces.mctes.pt>
- Rodrigues, C. M. P. (2010). Validação do teste TSAI-Y de Spielberger: avaliação da ansiedade face aos testes. *O portal dos Psicólogos*. www.psicologia.com.pt
- Romano, B. W., Lima, A. M. C., Ribeiro, A. C. L., Maciel, C.L.C., Lino, H.M., Mendonça, J.B., Diniz, J. S. S., Mohallem, L. N., Moura, M. D., Leão, N., Ruschel, P. P., Faria, S. M., & Ongaro, S. (1994). *A prática da psicologia nos hospitais*. Editora Afiliada.

Schmidt, E. B., Piccoloto, N. M., & Muller, M. C. (2005). Depressão pós-natal: factores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil, *Psico-USF*, 10(1), 61-68.

<http://academic.research.microsoft.com/Publication>

Sotto-Mayor, I. M. B., & Piccinini, C. A. (2005). Relacionamento conjugal e depressão materna. *PSICO*, 36(2), 135-148.

Whitfield, C. L. (2005). *A verdade sobre a depressão: alternativas para a cura*. 1ª Edição, Editora Pensamento Cultrix Lda, Brasil.

Wilkinson, G. (2004). *Compreender o Stress*. Edição original, Porto Editora Lda.

Zinga, D., Phillips, S. D., & Born, L. (2005). Depressão pós-natal: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(SupII), 56-64.

www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/pt_a05v27s2.pdf

ANEXOS**Anexo 1. Pedido de autorização para a realização do estudo em instituições**

AO EXCELENTÍSSIMO

SENHOR CHEFE DA REPARTIÇÃO MUNICIPAL DA SAÚDE

BENGUELA

MIGUEL BOLELA, mestrando em Psicologia Clínica e da Saúde pela Cespu- Formação Angola em Benguela.

Terminado com êxito o plano curricular da Pós-graduação, está a preparar a Tese com título: "Co-existência da ansiedade e depressão na Gravidez", na Mulher como no Homem.

Estando na fase do trabalho de campo, solicita à sua Excelência Senhor Chefe, a autorização para a recolha de dados aos utentes que ocorrem aos Centros Materno Infantil Urbano e Suburbano (Cambanda) do Município de Benguela.

Sem outro assunto, aproveito o ensejo de endereçar as minhas cordiais saudações!

Aguarda deferimento

Benguela, 8 de Fevereiro de 2011

O signatário:

Miguel Bolela _____

Anexo 2. Termo de consentimento informado**TERMO DE CONCENTIMENTO INFORMADO**

Eu _____ abaixo assinado, depois de ter sido completamente informado (a) sobre os objectivos e procedimentos do estudo "ansiedade e depreensão na gravidez" que está a ser desenvolvido no âmbito do mestrado em Psicologia Clínica e da saúde, declaro que voluntariamente concordo em colaborar nesse estudo, sendo garandida a confidencialidade dos meus dados.

Benguela, ____ de _____ de 2011

Anexo 3. Questionário sócio-demográfico

Questionário de caracterização sócio-demográfica

Código do sujeito _____ Mãe Pai Data ___/___/_____

Nome do Entrevistador _____

MÃE		PAI		BEBÉ	
Idade		Idade		Idade	
Data de nascimento		Data de nascimento		Data de nascimento	
Estado civil		Estado civil		Sexo	
Habilitações literárias		Habilitações literárias		Peso	
Local de residência		Local de residência		Comprimento	
Trabalha?		Trabalha?		Vacinas	
Profissão?		Profissão?			
Número de gravidezes		Número de filhos			
Número de filhos		A gravidez foi planeada?			
Último parto		Vive com a mãe do bebé?			
Tipo de parto		Pretende ter mais filhos?			
Onde fez o parto?		Tem luz em casa?			
Foi gravidez de termo?		Tem água em casa?			
A gravidez foi planeada?					
Vive com o pai do bebé?					
Pretende ter mais filhos?					
Tem luz em casa?					
Tem água em casa?					

Observação: para a futura mãe, estão barradas as questões realçadas à cor cinzenta.

Anexo 4. Escala de depressão de Edinburgo**“EDPS” Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo**

Código □□□□ Data ____/____/____ Mãe _____

Entrevistador _____

Como vai ter um bebé, gostaríamos de saber como se sente. Por favor, assinale com () a resposta que melhor indique o modo como se sente desde há 7 dias e não apenas hoje.

Aqui está um exemplo:

Senti-me feliz

- 0 Sim, sempre
- (1) Sim, quase sempre
- 2 Não, poucas vezes
- 3 Não, nunca

Isto quereria dizer: "Senti-me feliz" quase sempre durante os últimos sete dias. Por favor, complete as outras questões do mesmo modo, desde há 7 dias:

1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas

- 0 Tanto como antes
- 1 Menos do que antes
- 2 Muito menos do que antes
- 3 Nunca

2. Tenho tido esperanças no futuro

- 0 Tanta como sempre tive
- 1 Bastante menos do que costumava ter
- 2 Muito menos do que costumava ter

3 Quase nenhuma

3. Tenho me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal

3 Sim, a maioria das vezes

2 Sim, algumas vezes

1 Raramente

0 Não, nunca

4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo

0 Não, nunca

1 Quase nunca

2 Sim, algumas vezes

3 Sim, muitas vezes

5. Tenho me sentido com medo ou assustada sem grande motivação

3 Sim, muitas vezes

2 Sim, algumas vezes

1 Não, raramente

0 Não, nunca

6. Tenho sentido que as coisas são demais para mim

3 Sim, a maioria das vezes não tenho conseguido resolvê-las

2 Sim, algumas vezes não tenho conseguido resolvê-las como dantes

1 Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente

0 Não, resolvo-as tão bem como dantes

7. Tenho me sentido tão triste que dificulta-me dormir

3 Sim, quase sempre

2 Sim, algumas vezes

1 Raramente

0 Não, nunca

8. Tenho me sentido triste ou infeliz

3 Sim, a maior parte do tempo

2 Sim, algumas vezes

1 Raramente

0 Não, nunca

9. Tenho me sentido tão infeliz que choro

3 Sim, a maior parte das vezes

2 Sim, com bastante frequência

1 Só às vezes

0 Não, nunca

10. Tive ideias de fazer mal a mim própria

3 Sim, muitas vezes

2 Sim, algumas vezes

1 Muito raramente

0 Nunca

Anexo 5. Escala de ansiedade e depressão hospitalar**HADS**

Código □□□□ Data ___/___/___ Pai _____ Mãe _____

Avaliação N° □ Entrevistador _____

Este questionário foi concebido para nos ajudar a saber como se sente.

Leia cada pergunta e assinale a resposta que mais se aproxima de como se tem sentido na última semana.

Não perca muito tempo com as respostas; a sua primeira reacção a cada pergunta talvez seja mais exacta do que uma resposta muito pensada.

As informações que nos fornecer serão inteiramente confidenciais.

1. Sinto-me tenso ou apreensivo

- A maior parte das vezes
- Muitas vezes
- De vez em quando
- Nunca

2. Continuo a ter prazer nas mesmas coisas de antes

- Tanto como antes
- Não tanto como antes

Só um pouco

Quase nada

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

Nitidamente e muito forte

Sim, mas não muito forte

Um pouco, mas não me incomoda

De modo algum

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

Tanto como habitualmente

Não tanto como habitualmente

Sem dúvida que agora muito menos

Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações

A maior parte do tempo

Muitas vezes

De vez em quando

Raramente

6. Sinto-me bem-disposto

Nunca

Poucas vezes

Bastantes vezes

Quase sempre

7. Consigo estar à vontade e sentir-me descontraído

- Sempre
- Habitualmente
- Algumas vezes
- Nunca

8. Sinto-me lento

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Algumas vezes
- Nunca

9. Por vezes fico tão assustado que até sinto um aperto no estômago

- Nunca
- De vez em quando
- Muitas vezes
- Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto

- Completamente
- Não tenho tanto cuidado como devia
- Talvez menos interesse do que antes
- O mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me impaciente e não consigo estar parado

- Muito
- Bastante
- Um pouco

Nada

12. Penso com prazer nas coisas futuras

Tanto como habitualmente

Menos que anteriormente

Bastante menos que antes

Quase nunca

13. Tenho sensações súbitas de pânico

Muitas vezes

Bastantes vezes

Algumas vezes

Nunca

14. Sinto-me capaz de apreciar um bom livro ou um bom programa de rádio ou de televisão

Muitas vezes

Algumas vezes

Poucas vezes

Muito raramente

Anexo 6. Questionário de percepção materna

QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DA MATERNIDADE

Com vista a realização de uma pesquisa sobre o ajustamento à gravidez/pré-parto, solicito a sua colaboração no sentido de responder às abaixo, com absoluta sinceridade! Não responda às perguntas 11, 19 e 26 por estarem riscadas.

QUESTÕES	Sim	Não
01. Sente que fica mais cansada a fazer as suas tarefas agora do que antes da gravidez?		
02. A ideia de poder não vir ser boa mãe a preocupa?		
03. Deseja sexualmente o seu marido/companheiro?		
04. A ideia de poder ferir ou magoar o bebé a preocupa?		
05. Acha que o seu corpo tem um cheiro agradável?		
06. Acha que terá tempo suficiente para si e para o bebé quando nascer, como tem agora?		
07. Lamenta estar grávida?		
08. Acha que os seus seios são demasiado pequenos?		
09. Acha que os seus seios são demasiado grandes?		
10. Faz alguma coisa para cuidar do seu corpo?		
11. Se respondeu sim à questão anterior diga que o faz para cuidar do seu corpo!		
12. Sentiu-se envergonhada no que se refere ao relacionamento sexual?		
13. A ideia de usar roupas de grávida lhe agradou?		
14. Tem-se sentido feliz por ficar grávida?		
15. O marido/companheiro ajuda-a em casa?		
16. Pensa ter mais filhos?		
17. Estar grávida é desagradável para si?		
18. Terá prazer de cuidar do bebé?		
19. Quanto tempo depois do bebé nascer começou a ter relações sexuais?		
20. Sente que a relação sexual é desagradável para si?		
21. Sente que seu marido/companheiro sai demasiadas vezes sem você?		
22. Sente-se bem com o seu corpo?		
23. Pensa que a sua vida será mais difícil depois de o bebé nascer?		
24. Gostará de amamentar o bebé?		
25. Gostará de brincar com o bebé?		
26. O seu bebé chora muito?		
27. Consegue dormir bem?		

Anexo 7. Questionário de percepção paterna

QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DA PATERNIDADE

Com vista a realização de uma pesquisa sobre o ajustamento à gravidez/pré-parto, solicito a sua colaboração no sentido de responder às abaixo, com absoluta sinceridade! Não responda às perguntas 11, 19 e 23 por estarem riscadas.

QUESTÕES	Sim	Não
01. Sente que fica mais cansado a fazer as suas tarefas agora do que antes da gravidez?		
02. A ideia de poder não vir ser um bom pai a preocupa?		
03. Deseja sexualmente a sua esposa/companheira?		
04. A ideia de poder ferir ou magoar o bebé a preocupa?		
05. Acha que o corpo da sua parceira tem um cheiro agradável?		
06. Acha que terá tempo suficiente para si e para o bebé quando nascer, como tem agora?		
07. Lamenta por a tua parceira estar grávida?		
08. Acha que os seios da tua parceira são demasiado pequenos?		
09. Acha que os seus seios da tua parceira são demasiado grandes?		
10. Faz alguma coisa para cuidar do corpo da tua esposa/companheira?		
11. Se respondeu sim à questão anterior diga que o faz para cuidar do corpo dela!		
12. Sentiu-se envergonhado no que se refere ao relacionamento sexual?		
13. A ideia da sua parceira usar roupas de grávida lhe agradou?		
14. Tem-se sentido feliz por ela ficar grávida?		
15. Tem ajudado a sua esposa/companheira em casa?		
16. Pensa ter mais filhos?		
17. É desagradável para si ter a esposa/companheira grávida?		
18. Terá prazer de cuidar do bebé?		
19. Quanto tempo depois do bebé nascer começou a ter relações sexuais?		
20. Sente que a relação sexual é desagradável para si?		
21. Pensa que a sua vida será mais difícil depois de o bebé nascer?		
22. Gostará de brincar com o bebé?		
23. O seu bebé chora muito?		
24. Consegue dormir bem?		