



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

PORTO

*QUALIDADE DE VIDA E RELAÇÃO DIÁDICA NA
GRAVIDEZ – UM ESTUDO EXPLORATÓRIO
DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre
em Psicologia

Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Beatriz Costa Silva

Porto, julho de 2020



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

PORTO

*QUALIDADE DE VIDA E RELAÇÃO DIÁDICA NA
GRAVIDEZ – UM ESTUDO EXPLORATÓRIO
DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre
em Psicologia

Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Beatriz Costa Silva

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Maria Raul Xavier

Porto, julho de 2020

AGRADECIMENTOS:

À professora Maria Raul Xavier, por me ter dado a oportunidade de fazer parte deste projeto e por todo o acompanhamento ao longo deste processo. Por nunca ter deixado de acreditar no meu potencial e por todo o incentivo e motivação.

A todas as mães que disponibilizaram o seu tempo para participar neste projeto e por contribuírem para que juntos trabalhemos para que o acompanhamento junto de vocês e dos vossos bebés, seja cada vez melhor.

A todos os profissionais da UCP, que ao longo de cinco anos de formação, contribuíram para que hoje me olhe de forma diferente, enquanto pessoa e enquanto futura profissional. Por todo o profissionalismo, acompanhamento e disponibilidade.

Aos meus pais, por serem quem são. Por me terem permitido crescer com o olhar no mundo. Por me terem feito apaixonar pelo conceito de parentalidade, pelo maravilhoso exemplo. Por todo o esforço para que o meu sonho agora seja a minha realidade. Por serem os primeiros a acreditar no meu potencial.

À minha avó, que mesmo não estando presente, me aquece o coração.

Ao meu namorado, Gonçalo. Por seres a minha pessoa, o meu porto de abrigo. Por todo o amor, companheirismo e respeito. Por acreditares sempre que sou capaz. Por celebrares as minhas conquistas como tuas.

À minha Nânci, por me mostrar a beleza da amizade.

À Marta Ribas e à Cláudia, por terem sido as minhas companheiras ao longo desta caminhada que agora termina. Por todos os bons momentos, por toda a partilha.

Aos meus amigos, por celebrarem cada conquista como se fosse vossa.

Em especial à Psicóloga Sandra Rodrigues e à *Cuidar de Ti* por toda a disponibilidade na divulgação deste projeto.

Não sei quantas almas tenho

Não sei quantas almas tenho.

Cada momento mudei.

Continuamente me estranho.

Nunca me vi nem achei.

De tanto ser, só tenho alma.

Quem tem alma, não tem calma.

Quem vê é só o que vê,

Quem sente não é quem é.

Fernando Pessoa

RESUMO

O objetivo desta investigação é compreender como um grupo de mulheres grávidas durante a pandemia COVID-19 avaliam a sua qualidade de vida (QdV) e ajustamento diádico (AD) na gravidez e, retrospectivamente, antes da gravidez.

Os instrumentos utilizados para a recolha de dados foram o EUROHIS-QOL-8, para avaliar a QdV, e a RDAS para o AD.

Os principais resultados obtidos neste estudo evidenciaram que existem diferenças muito significativas entre os resultados das grávidas desta amostra e as grávidas de outro estudo de referência (antes do COVID-19). Os resultados indicam ainda que as mulheres apresentam menores níveis de QdV e satisfação diádica durante a gravidez. Foi ainda demonstrado que existe associação entre a QdV e o AD durante a gravidez, mas não antes da gravidez.

Tanto quanto sabemos, este é o primeiro estudo em Portugal que pede às grávidas que se reportem à sua QdV e AD antes de estarem grávidas, apresentando uma vertente retrospectiva. Em acréscimo, tanto quanto é do nosso conhecimento, são muito poucos os estudos que procuram explorar a relação entre a qualidade de vida e o ajustamento diádico.

Assim, pretende-se contribuir para o aumento do conhecimento sobre a vivência da gravidez durante a pandemia de COVID-19.

Palavras chave: COVID-19, Gravidez, Qualidade de Vida, Ajustamento Diádico.

ABSTRACT

The aim of this investigation is to understand how a group of pregnant women rate their quality of life and dyadic adjustment, both during their pregnancy and, in retrospect, before their pregnancy, during the COVID-19 pandemic.

The instruments used for data collection were EUROHIS-QOL-8 to evaluate the quality of life, as well as RDAS to evaluate the dyadic adjustment.

The main results from this study show that there are very significant differences between the pregnant women from this sample and the pregnant women from another reference study (before COVID-19). The results also show that women experience lower levels of quality of life and dyadic adjustment during pregnancy, but not before pregnancy.

As far we know, this is the first study in Portugal that requests pregnant women to report about their quality of life and dyadic adjustment before they were pregnant, through the process of retrospect.

Furthermore, as far as we know, there are very few studies that seek to explore the link between quality of live and dyadic adjustment.

Therefore, our goal is to contribute for an increase of knowledge about the experience of being pregnant during the COVID-19 pandemic.

Keywords: COVID-19, Pregnancy, Quality of Life, Dyadic Adjustment

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1. Gravidez	13
2. Qualidade de Vida e Gravidez	15
3. Ajustamento Diádico e Gravidez	17
4. Vivência da Gravidez Durante a Pandemia da COVID-19.....	20
II. MÉTODO.....	23
1. Objetivo Geral e Objetivos Específicos	1
2. Amostra	2
3. Instrumentos	3
4. Procedimentos	5
4.1. Procedimentos de Recolha de Dados	5
4.2. Procedimentos de Análise de Dados	6
5. Resultados	6
III. DISCUSSÃO.....	13
CONCLUSÃO	18
BIBLIOGRAFIA.....	19
ANEXOS.....	32

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – Formulário Online para Recolha de Dados

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – *Caracterização da Amostra: Dados Sociodemográficos*

Tabela 2 - *Caracterização da Amostra: Número de Filhos*

Tabela 3 – *Comparação entre grávidas pré-COVID e a amostra em estudo quanto QdV*

Tabela 4 – *Comparação entre grávidas pré-COVID e a amostra em estudo quanto AD*

Tabela 5 – *Diferenças na QdV – DG e AG*

Tabela 6 – *Diferenças na AD – DG e AG*

Tabela 7 – *Correlações – QdV e AD DG e AG*

Tabela 8 – *QdV e AD DG – Trimestres da Gravidez*

Tabela 9 – *QdV e AD DG – Número de Filhos*

INTRODUÇÃO

A gravidez é um período naturalmente exigente tanto para as grávidas, quanto para os seus parceiros, e a sua vivência em circunstâncias sem precedentes, como é o caso da atual pandemia do COVID-19, é provável de causar aumento na incerteza e do receio face a diversos aspetos. Inclusivamente, há autores que referem que as grávidas evidenciam um aumento de sintomas relacionados com depressão e ansiedade durante a pandemia do COVID-19 assinalando o impacto psicológico da mesma como severo (Saccone et al., 2020; Wu et al., 2020).

Apontada na literatura como um dos períodos mais desafiantes e exigentes presentes no desenvolvimento humano, a gravidez é um período que aumenta a vulnerabilidade para o aumento de *distress* psicológico (Obrochta, 2020) e onde ocorrem diversas mudanças tanto fisiológicas, quanto psicológicas para a mulher grávida, prováveis de influenciar a vida da mesma, do companheiro e do casal, constituindo-se como um período de crise no ciclo de vida (Alves e Bezerra, 2020; Costa et al., 2010;).

Canavarro (2001), explica que a mulher grávida terá que preparar-se psicologicamente em domínios como o *cognitivo*, com o ensaio de papeis e tarefas; *afetivo*, ou o ligar-se à criança e *relacional*, como seja o reestruturar as relações pessoais para incluir o novo elemento na sua identidade e aprender a aceitar o feto como pessoa. Camareneiro (2011) acrescenta que as mudanças na identidade se iniciam desde que a mulher percebe que está grávida, pois deixa de ser uma pessoa singular e passa a viver com todas as alterações que a condição de ser mãe implica.

A importância da gravidez é diversas vezes sublinhada na literatura, nomeadamente por Brazelton (1994) quando apresenta um modelo teórico designado de *Modelo Touchpoint*, que assinala a gravidez como o primeiro *touchpoint* e como um momento de grande importância no processo de transição para a parentalidade. São também diversos os trabalhos que assinalam a gravidez do primeiro filho e o impacto que este novo desafio tem na relação do casal, pela sua exigência e peculiaridade (e.g., Cowen & Cowen, 1992; Schoppe-Sullivan et al., 2016).

A qualidade de vida (QdV) é um conceito difícil de definir devido à natureza subjetiva de cada indivíduo, mas em termos gerais, é vista como um conceito multidimensional que enfatiza as auto-perceções de um estado mental atual, ou seja, é um conceito que abrange, amplamente, como um indivíduo avalia o “quão bons” são diversos aspetos da sua vida (Bonomi et al., 2000; Theofilou, 2013). A análise da QdV *DG* é importante porque, mesmo em gravidezes descomplicadas, as mudanças deste processo podem afetar a QdV da mulher e a sua

saúde e a do bebé (Wang et al., 2013). Lagadec e colaboradores (2018) afirmam que a QdV das mulheres grávidas é geralmente menor do que a da população geral e menor do que as mulheres não grávidas da mesma idade. Baixos níveis de QdV podem estar relacionados com a ocorrência de nascimentos prematuros e baixo peso a nascença (Wang et al., 2013).

O ajustamento diádico (AD) é visto como um processo em que o resultado é definido pelo grau de consenso, coesão, expressão de afeto e satisfação na relação (Fitzpatrick & Best, 1979). Em Portugal, em 2019, 43.2% dos nascimentos aconteceram com pais que eram casados e 38.3% fora do casamento, mas com a coabitação dos pais (PORDATA, 2020). Com base nestes dados, é possível perceber a razão pela qual o AD é assinalado enquanto relacionado com a vivência da gravidez (Brandão et al., 2020).

Dado que, tanto quanto é do nosso conhecimento, não existem muitos trabalhos que relacionem estas duas dimensões e, ao mesmo tempo, que as abordem considerando a forma como as grávidas as descrevem antes da gravidez, ainda mais num contexto de pandemia do COVID-19, este é o foco principal deste trabalho. Para além disso, tanto quanto pudemos conhecer, este é o primeiro estudo a ser feito em Portugal debruçando-se sobre uma vertente retrospectiva, isto é, pedindo às mulheres que pensem no período antes de saberem que estavam grávidas.

Para concluir, este estudo tenta fazer face à escassez existente na literatura, na procura de associações entre a perceção da QdV e AD e contribuir para a descoberta de informação relacionada com a vivência da gravidez durante o COVID-19.

Assim, o objetivo geral desta investigação é compreender como um grupo de mulheres grávidas durante a pandemia COVID-19 avaliam a sua QdV e AD durante a gravidez e, retrospectivamente, antes da gravidez.

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Gravidez

O reconhecimento da importância da gravidez é evidenciado por Brazelton (1994), quando apresenta um modelo teórico designado de *Modelo Touchpoint*, que se constitui como uma abordagem teórica e prática de um modelo de desenvolvimento, focado no bebê/criança e centrado na família, que assinala a gravidez como o primeiro *touchpoint* e como um momento de grande importância no processo de transição para a parentalidade.

Colman e Colman (1994) referem que a gravidez não se constitui como uma experiência estática e breve, mas plena de crescimento e mudança, enriquecimento e desafio. É uma abertura a uma nova identidade, não apenas do bebê, mas à sua como mãe, do companheiro como pai e dos pais como avós. Xavier (2000) acrescenta que cada gravidez é única e cada um reage de forma própria ao encadeamento dos acontecimentos fisiológicos e a mesma mulher pode reagir de forma diferente de gravidez para gravidez.

Apesar de ser considerada uma fase gratificante na vida dos casais, a gravidez pode constituir-se um período de crise (Heinicke, 2002), com potencial para comprometer o ajustamento psicológico individual e a qualidade da relação conjugal (Canário, 2015; Xavier, 2000). Ramsdell e colaboradores (2019), afirmam que a gravidez representa um estágio muito importante, pois os pais estão a deparar-se com a incerteza sobre o futuro e a preparar-se para mudanças *major*. Os autores ainda acrescentam que este momento é crucial, pela mudança e adaptação que se iniciam e pela forma como os casais vivem estes desafios.

A decisão de engravidar e o comportamento *DG* – nomeadamente o comportamento materno – estão, segundo Canavarro (2001), interligados e são determinados pelas representações da gravidez e da maternidade, sendo estas mediadas pela personalidade e processos cognitivos. Este processo de adaptação à nova fase que é a gravidez, não acontece apenas à mulher, mas também ao homem e ao casal em conjunto, já que o nascimento de um filho, sobretudo no caso de ser o primeiro, implica grandes mudanças e tem um grande impacto na vida de cada indivíduo e do sistema familiar (Relvas & Lourenço, 2001).

A gravidez, caracteriza-se enquanto vivência de uma “crise específica” (Dyer, 1963) que integra uma série de tarefas desenvolvimentais (Colman & Colman, 1994). Esta crise, tal como outros períodos críticos, traz novas exigências para a mulher grávida, constituindo-se como uma crise não patológica, mas de mudança e de adaptação à sua nova identidade, de mãe (Cordeiro, 1994).

Apesar de na literatura ser diversas vezes referido que a vivência da gravidez tem que ser assumida como a vivência de uma experiência por parte do casal, em díade, ao invés do estudo

de cada elemento do casal, separadamente (Graham & Oakley, 2005; Skouteris et al., 2009; Theisen et al., 2019; Warren, 2004), o processo da gravidez e as suas tarefas desenvolvimentais é mais associado, inevitavelmente pelo carácter biológico da maternidade, à mulher. Colman e Colman (1994) apresentam seis tarefas desenvolvimentais (tendo, sido acrescentada uma nova tarefa por Canavarro (2001), mais tarde) experienciadas pela mulher neste momento desenvolvimental, que surgem associadas à *vivência de uma crise específica*, que implica que a mulher se adapte, de forma constante, às mudanças decorrentes da sua condição corporal, psicológica, familiar e social, provocando a experiência de *stress*.

Coleman e Coleman (1994) referem que, apesar de ser consensual a existência de uma correspondência entre o tempo cronológico e as tarefas desenvolvimentais, esta não é linear. Tal deve-se ao facto de as tarefas de desenvolvimento variarem de mulher para mulher, e de não terem um carácter cumulativo, isto é, os diferentes papéis e identidades formam-se num processo onde são possíveis de se sobrepor e associar-se. Apesar disto, vários autores (e.g., Canavarro, 2001; Canavarro & Pedrosa, 2005; Carvalho et al. 2006; Colman & Coleman, 1994) apresentam estas tarefas associadas a um *timing*, desde a gravidez até ao puerpério (também designado de período pós-parto) (SAMS – Prestação Integrada de Cuidados de Saúde, 2020) para que a compreensão seja mais simples de ocorrer. Assim sendo, são sete as tarefas desenvolvimentais da gravidez: 1) aceitar a gravidez; 2) aceitar a realidade do feto, 3) reavaliar e reestruturar a relação com os pais 4) reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro, 5) aceitar o bebé como uma pessoa separada, 6) reavaliar e reestruturar a sua própria identidade, 7) reavaliar e reestruturar a relação com o(s) outro(s) filho(s).

Não obstante a importância de todas estas tarefas *DG*, a tarefa de reestruturação da relação com o cônjuge/companheiro, merece uma reflexão de maior destaque uma vez que é inegável a importância da Relação Diádica (RD) durante a gravidez. Já na década de 60, Wenner e colaboradores (1969) afirmavam que a dimensão mais significativa a afetar o curso da gravidez é, de facto, a RD. O suporte por parte do companheiro tende a ser uma enorme contribuição para o bem-estar materno *DG* (Brown, 1986). Diversos resultados em estudos relacionados com a transição para a parentalidade, têm encontrado correlações entre a qualidade da RD e a vivência da gravidez. Lederman e colaboradores (1979), perceberam que uma RD mais pobre, estava associada com a admissão prematura na sala de partos, administração de sedativos e tranquilizantes em partos prematuros para reprimir a ansiedade e duração prolongada do parto. Outros investigadores perceberam que o disfuncionamento familiar e diádico, eram determinantes significativos para nascimentos prematuros e baixo peso à nascença (Abell et al., 1991; Keeley et al., 2004).

Uma RD menos ajustada, também está associada com a experiência de depressão durante a gravidez e é preditora de depressão pós-parto (Centers for Disease Control and Prevention: Morbidity and Mortality Weekly Report, 2008), vê-se a necessidade de compreender os fatores que influem na RD, no sentido de desenvolver intervenções cada vez mais completas para o acompanhamento deste período tão importante na formação da família, prevenindo, desta forma, a insatisfação, mal-estar e psicopatologia.

Por fim, diversos estudos confirmam que a adaptação psicológica à gravidez está associada a alguns fatores individuais, relacionais e sociais (e.g., Xavier, 2000). Alguns exemplos são as variáveis sociodemográficas (i.e., idade materna, o estatuto conjugal, o nível educacional, a paridade, o estatuto ocupacional durante a gravidez) e as variáveis relacionadas com a gravidez (e.g., planeamento da gravidez) que se apresentam como importantes para o resultado da gravidez (Messer et al., 2005; Rodrigues & Barros, 2007). Isaacs e Andipatin (2020) afirmam que este é um período provável de potenciar vulnerabilidade psicológica para a mulher, principalmente se estiver a experienciar ou tiver experienciado uma gravidez de alto risco, demonstrando um conjunto de problemas emocionais como medo, culpa, choque, luto, frustração, preocupação, solidão e isolamento.

2. Qualidade de Vida e Gravidez

A World Health Organization - WHO (2020^a), define QdV como “a perceção dos indivíduos sobre a sua posição na vida e no contexto da cultura e sistema de valores, no qual vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Sendo este construto amplo, pode ser influenciado por diversos fatores objetivos (e.g., qualidade do ambiente e condições de vida) e subjetivos (e.g., esfera pessoal e mensurável em termos de satisfação e bem-estar), e sofre influências complexas da saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e as suas relações com características do meio ambiente (WHOQOL Group, 1995).

De acordo com Arnold e colaboradores (2004) e Suurmeijer e colaboradores (2001) o modelo de QdV de Spliker (1996) inclui a QdV e os diferentes domínios, bem como os diferentes aspetos que compõem cada domínio. Assim, a avaliação da QdV global, definida como a satisfação geral do indivíduo com a vida e a perceção geral do bem-estar, compõe o primeiro nível do modelo. Os domínios da qualidade de vida, separadamente, compõem o

segundo nível e os mais utilizados são o psicológico, o social e o físico, que refletem a QdV satisfatoriamente (Pereira et al., 2006).

Considerando que o período da gravidez é um momento importante para a mulher, é importante sublinhar que, mesmo em gravidezes sem complicações, as alterações experienciadas pela mulher, podem afetar a sua QdV e a sua saúde e a do bebé (Diego et al., 2004).

Os dados sobre QdV revelam que, no geral, no caso de casais que esperam o primeiro filho, as mulheres reportam níveis mais pobres de QdV comparativamente com os homens (Asada & Ohkusa, 2004; Lubertkin et al. 2005). Para além disto, os homens apresentam níveis particularmente mais elevados de QdV nos domínios físico, psicológico e ambiental, comparados com as mulheres (Rollero et al., 2014 Yoshitake et al., 2016). Inclusivamente, Skevington e colaboradores (2004) realizaram um estudo conduzido em 23 países que evidenciou que, comparado com os homens, as mulheres alcançam melhores resultados no domínio social, mas mais baixos no domínio psicológico.

Estes baixos níveis de QdV na mulher grávida, podem ser explicados por estas alterações ao longo da gravidez que, apesar de serem transitórias, podem ter um grande impacto pelo seu carácter profundo e exigente (Calou et al., 2018). A complexidade das mudanças causada pela gravidez não é restrita a variáveis físicas. Esta também se verifica a nível das variáveis psicológicas e sociais que podem ser refletidas no período pós-natal e ter impacto na QdV da mulher grávida (Calou et al., 2014). Ainda é referido na literatura que a perceção da QdV das mulheres grávidas, se apresenta globalmente mais baixa do que a população geral (Chang et al., 2010; Legadec et al., 2018). Pereira e colaboradores (2011) apresentam valores de QdV médios para a população geral de 71.17 ($DP = 11.57$).

Relativamente aos fatores de risco e fatores protetores da QdV ao longo da gravidez, não há consenso na literatura. Legadec e colaboradores (2018) apresentam no seu estudo fatores de risco que podem estar associados a valores baixos de QdV *DG*. Entre estes encontram-se *características sociodemográficas* (e.g., gravidez em idade avançada, dificuldades económicas, baixo nível educacional, desemprego); *isolamento* (e.g., solteira, falta de suporte do parceiro, falta de suporte social); *características médicas* (e.g., historial médico adverso, obesidade, condições físicas complexas no período anterior à conceção, fumar no período anterior à conceção); *características obstétricas* (e.g., experiência de infertilidade, primiparidade, semanas de gravidez avançadas, hospitalização durante a gravidez, reprodução medicamente assistida e complicações obstétricas); *características psicológicas* (e.g., sintomas depressivos no período pré-natal, stress, ansiedade pré-natal, acontecimentos de vida não-normativos,

historial de violência doméstica e sexual) e por fim, *sintomas durante a gravidez* (e.g., náuseas, vômitos, dores nas costas e perturbações no sono). Aliás, os autores ainda evidenciam que existe um decréscimo acentuado nos níveis da percepção da QdV, relacionada com a vertente física, ao longo da gravidez, sendo que o segundo e terceiro trimestres se apresentam como críticos.

Por seu turno, outros estudos apresentam alguns destes aspetos como fatores protetores da QdV DG. Por exemplo, a primiparidade, é apontada (Da Costa et al., 2010; Chang et al., 2014; Fatemeh & Azam, 2010; Wang & Cheng, 2013;) como um fator protetor da QdV DG, o mesmo acontece relativamente ao estado civil (i.e., ser solteira) (Li et al., 2012), as semanas de gravidez avançadas (Legadec et al., 2018) e, por último, a reprodução medicamente assistida (Vinturache et al., 2015). Ainda assim, quer esta revisão, quer a pesquisa bibliográfica realizada os dados sobre a relação entre a QdV e a AD é escassa.

Pelo escasso conhecimento existente referente à avaliação e compreensão da QdV, DG, a investigação a este nível urge. Calou e colaboradores (2010), sublinham que avaliar a QdV desta população (mulheres grávidas) pode promover um novo olhar sobre as práticas existentes no cuidado às grávidas no período pré-natal, ajustando e criando intervenções mais completas e satisfatórias para a mulher grávida. Além de tudo, considera-se que o modo como a mulher vive a gravidez terá impacto no processo da transição para a parentalidade, se esta se apresentar como desadaptativa.

Felizmente e utilizando as palavras de Symon (2003): *nos países desenvolvidos, o foco do acompanhamento pré-natal, vai para além dos princípios tradicionais e agora, inclui nas suas orientações, o suporte psicológico e o encorajamento para as mulheres grávidas promovendo, em algumas situações, a melhoria da qualidade de vida das mesmas.*

3. Ajustamento Diádico e Gravidez

Ao abordarmos a RD na transição para a parentalidade, nomeadamente na gravidez, um conceito tem-se destacado: o Ajustamento Diádico.

Spanier (1976) explica que é possível definir o AD como um processo em mutação ao longo de um *continuum* com uma dimensão qualitativa que pode ser avaliada em qualquer momento no tempo e onde as suas dimensões podem estar mais próximas do ajustado ou do desajustado. O autor ainda acrescenta que, deste modo, o AD pode ser definido como um processo onde o resultado é determinado pelo grau de diferenças diádicas problemáticas, tensões interpessoais e ansiedade pessoal, satisfação diádica (SatD), coesão diádica (CoeD) e

consenso diádico (ConD) em assuntos importantes para o funcionamento diádico. Nesta linha, outros autores (Busby et al., 1995; Pereira, 2004), adotam três das dimensões do AD de Spanier (1976): a SatD, (que diz respeito ao nível de felicidade ou infelicidade na relação em aspetos como frequência de discussões, prazer em estarem juntos ou considerar a ideia de divórcio), CoeD, (que respeita à partilha de atividades prazerosas, comunicação e disponibilidade em trabalhar num projeto comum) e ConD, (grau de concordância ou discórdia em assuntos de vida social e pessoal).

A gravidez e a maternidade assinalam uma crise no processo evolutivo familiar: a transição da conjugalidade para a parentalidade (Relvas & Lourenço, 2001). Isto pode ser explicado porque, por vezes, o investimento emocional e de tempo que a gravidez e a maternidade implicam, pode ter um impacto significativo na relação conjugal (Canavarro, 2001). Devido à complexidade desta mudança, não é incomum que se verifique um declínio no AD quando os casais se deparam com eventos de vida stressantes como é a gravidez (Claxton & Perry-Jenkins, 2008). Para além disto, é necessário compreender que para além destas exigências, este período também implica que o casal se foque na reorganização da sua identidade, tanto individual quanto no casal, para a adição de um novo papel: o papel parental (Teixeira, 2014).

O facto da gravidez se apresentar como um momento desenvolvimental desafiante, pode fazer surgir um aumento nos sintomas depressivos até ao primeiro ano do bebé em ambos os pais (Paulson et al., 2010), a diminuição da perceção de competência parental, elevados níveis de stress, diminuição da satisfação com a RD e o aumento de conflitos entre o casal (Gomez & Leal, 2009; Lavee et al., 1996; Osmančević Katkić et al., 2017; Benedetto & Ingrassia, 2018). Se uma das maiores mudanças que acompanham esta fase, é a frequente diminuição do AD (Twenge et al., 2003), torna-se importante compreender os fatores relacionados com a sua diminuição, uma vez que este é acompanhado de resultados problemáticos ao nível da díade pais-criança (prestação de cuidados), ao nível do sistema parental (conflitos, altos níveis de hostilidade ou afastamento, indisponibilidade emocional e insensibilidade parental) (Gao et al., 2019) e principalmente, ao nível da criança e do seu desenvolvimento, em aspetos como: ansiedade, níveis baixos de competências sociais e autoestima, não conformidade ou comportamentos agressivos (Davies et al., 2012). É ainda de sublinhar que, sendo a gravidez um período de mudanças acentuadas no relacionamento do casal, nos papéis familiares e sociais, bem como nas suas rotinas, este é um período de elevado risco para o desenvolvimento de psicopatologia em ambos os elementos do casal (Frizzo e Piccinini, 2005).

A *SatD* é a dimensão do AD que mais vezes é apresentada na literatura (e.g., Beach et al., 1993; Brown, 1986; Gillis et al., 2019) uma vez que é evidente que a esta é representativa de maiores níveis de AD. Vários estudos (e.g., Baldoni et al., 2018; Da Costa et al., 2010; Kamalifard et al., 2018; Paulson & Bazemore, 2010; Rollè et al., 2017) demonstram associações entre o estado psicológico (em termos de perceção de stress, depressão e ansiedade) da mulher grávida e do companheiro e a satisfação na relação *DG*.

Um dos preditores da satisfação com a RD que é saliente *DG*, o suporte por parte do companheiro já que os casais consideram o (a) seu/sua companheiro(a) como a fonte de suporte primária (Beach et al., 1993; Brown, 1986; Gillis et al., 2019). Outro preditor que tem sido apontado na literatura como influente na *SatD*, é o tipo de gravidez, planeada ou não planeada. Molgora e colaboradores (2019) demonstram que a capacidade dos indivíduos comunicarem o stress que estão a sentir ao/à companheiro(a), é um indicador de níveis mais elevados de *SatD*. Os autores ainda sinalizam, as estratégias implementadas em conjunto e níveis elevados de *coping* diádico como fatores relevantes. Relativamente ao *coping* diádico, é crucial realçar que este apresenta como proposta o restauro do bem-estar individual e potenciar a qualidade da relação do casal (Bodenmann, 2005). Isto acontece, especificamente, por meio de estratégias, que melhorem o funcionamento da relação, reduzam os efeitos negativos na comunicação e que aumentem o tempo que o casal despende em conjunto, reforçando o seu senso de bem-estar. Investigações prévias têm vindo a suportar que o *coping diádico positivo* é um preditor importante na qualidade da RD (Bodenmann et al., 2006; Falconier et al., 2015). Por *coping diádico* entenda-se um processo interpessoal onde existe uma gestão de eventos stressantes partilhados por cada membro do casal de forma a que, em conjunto ultrapassem um evento diádico stressante (Molgora et al., 2019).

Em suma, resultados de diversos estudos, já na década de 90 (Belsky & Rovine, 1990; Clulow, 1991; Cowan & Cowan, 1992; Mercer et al., 1988) sugerem que a gravidez pode novos desafios na relação conjugal. Para além disto, Bouchard e colaboradores (2006) referem que, em dados longitudinais, verifica-se um decréscimo nos níveis de interações no casal, um aumento de conflitos e um declínio na realização de atividades de lazer em conjunto.

Embora não existam muitos trabalhos a relacionar a o AD com a QdV, considerando o que é do meu conhecimento, alguns autores referem que a qualidade do AD no contexto da gravidez está relacionada com a QdV e bem-estar dos indivíduos (Figueiredo et al., 2008; Gameiro et al., 2011).

4. Vivência da Gravidez Durante a Pandemia da COVID-19

A Direção Geral de Saúde - DGS (2020) publicou diretrizes para a orientação sobre a gravidez e parto, que incluem medidas desde os cuidados pré-hospitalares em grávidas com suspeitas ou infeção pelo COVID-19 até à assistência ao parto. Esta foi uma ação importante uma vez que a WHO (2020^b) revela que, no mundo, a 1 de julho, o número de infetados é de 10 185 374 e 503 862 mortes, e em Portugal, os números são de 41,912 infetados e 1,568 mortes. Sobre os casos descritos de COVID-19 na gravidez, estes são escassos e, por essa razão, é fundamental que se reúna toda a informação sobre COVID-19 em grávidas, para que se possa aumentar o conhecimento tanto a nível das implicações imediatas da doença, quanto sobre as implicações na evolução das grávidas que recuperam da doença (Liang & Acharya, 2020; Ramalho, 2020; Sahu et al., 2020).

Apesar de não existir qualquer prova sobre o risco de contrair a COVID-19 ser maior numa mulher grávida do que na população geral (Rasmussen et al., 2019; Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, 2020) também não é conhecido exatamente a frequência da infeção em grávidas porque, em geral, não havia rastreio senão na presença de sintomas (Rodrigues et al., 2020). Por outro lado, Ramalho (2020) refere que com base na informação sobre outros coronavírus patogénicos e a outras infeções víricas podem prever-se complicações na gravidez devido, principalmente, às alterações fisiológicas, nomeadamente, imunológicas e cardiopulmonares, que deixam a grávida mais suscetível a complicações respiratórias e sistémicas nas infeções víricas. Em acréscimo, é salientado que a atenção dos profissionais de saúde no cuidado das grávidas durante o período da pandemia deve ser reforçada, informando-as sobre as diretrizes estabelecidas para o período da gravidez, promovendo a sua segurança e prevenindo o risco de contágio (WHO, 2020^c).

Tendo isto em conta, é importante compreender que são diversos os aspetos que a mulher antecipa DG e face aos quais, devido à pandemia, tem de se reorganizar e adaptar. É ainda importante sublinhar que os sonhos e expectativas dos futuros pais podem ter de ser reajustados de modo a integrar os constrangimentos de uma gravidez e período pós-parto diferentes daqueles que tinham sido projetados ou seriam expectáveis, nomeadamente, uma gravidez e nascimento partilhados com a família e amigos, vividos em proximidade física e emocional. Ainda se destaca o papel do parceiro para o apoio junto da grávida, ainda que tenha que existir esta distância física (Ordem dos Psicólogos Portugueses - OPP, 2020^a). Outro exemplo é o contacto pele a pele após o parto. A este nível, a DGS (2020) chegou a referir que este contacto é desaconselhado, embora não exista evidência de transmissão vertical da doença.

A possibilidade de amamentar durante este período constitui-se como outra preocupação das grávidas. Rodrigues e colaboradores (2020) explicam que o conhecimento científico atualmente disponível, pontual e circunscrito, não permite estabelecer indicações ou recomendações específicas quanto ao aleitamento materno, obrigando a decidir por analogia com circunstâncias anteriores e uma interpretação de custos benefícios previsíveis. Sobre este tópico, a UNICEF (2020) refere que, ao se considerarem os benefícios da amamentação e o facto da transmissão de outros vírus respiratórios serem insignificantes através do leite materno, não há indicação para suspender a amamentação nesta fase de pandemia. Por seu turno, recomenda-se que sejam sempre tomadas precauções durante o período de amamentação para evitar a possível exposição ao vírus.

O contexto da pandemia de COVID-19 integrou, a nível mundial, uma obrigatoriedade de confinamento que poderá afirmar-se como um fator de risco ao longo da gravidez. Já na década de 90, Oackley e colaboradores (1990) referiram que a rede social e as relações das mulheres grávidas sugerem que o suporte social melhora a QdV da mulher. Ora, a pandemia COVID-19 e os seus constrangimentos, nomeadamente o isolamento físico, têm um enorme impacto em todos os cidadãos. Para as grávidas, este afirma-se como um período ainda mais desafiante uma vez que, estando a viver uma transição já de si exigente, esta está a ocorrer num período de circunstância peculiar, com desafios acrescidos (OPP, 2020^b).

Assim sendo, importa pensar-se no impacto do aumento desta preocupação na saúde mental destas mulheres, num período que se afirma central para o desenvolvimento da família. Apesar de ainda estarmos a vivenciar a situação de pandemia, já foram publicados diversos trabalhos sobre a gravidez que consideram dados referentes à ansiedade e stress. Wu e colaboradores (2020) no seu estudo apresentam dados que evidenciam a presença de um aumento de sintomas relacionados com depressão e ansiedade nas grávidas durante a pandemia do COVID-19, especificamente, de 26% antes de janeiro para 34.2% em fevereiro. Outro estudo realizado por Saccone e colaboradores (2020) evidenciou que 53% das grávidas pontuaram o impacto psicológico do COVID-19 como severo e mais de dois terços das participantes reportaram níveis de ansiedade mais elevados do que o normal. Wang e colaboradores (2020) evidenciaram que 53,8% das participantes pontuaram entre moderado a severo no impacto psicológico do surto de COVID-19 e 16,5% e 28,8% das participantes pontuaram entre níveis moderados a severos de sintomas depressivos e de ansiedade, respetivamente.

Tanto quanto é do meu conhecimento, ainda não foram publicados dados referentes ao impacto psicológico nas grávidas da pandemia de COVID-19 no nosso país. No entanto, o interesse por esta temática está patente, por exemplo, no desenho de programas de intervenção

(nomeadamente no nosso país) como é o caso do Programa Vida. No sentido de reduzir o impacto que esta vivência pode ter na saúde mental das grávidas, o Grupo de Língua Portuguesa da Sociedade Marcé Internacional para a Saúde Mental Perinatal (2020), publicou uma série de diretrizes integradas no programa *VIDA* “*quando a vida não escolhe tempo para nascer*”, de forma a ajudar os profissionais de saúde a promover a saúde mental de mães, pais e bebés durante o estado de pandemia, em diversos países de língua oficial portuguesa. Entre as diversas diretrizes destaco: *a) a escolha de apenas um ou dois momentos específicos do dia para recolher alguma informação* (i.e., aconselhar a grávida a não se expor nem expor o bebé, de forma continuada a imagens e vídeos relacionados com o COVID-19, e quando procurar informação, alertar para a utilização de informação fidedigna); *b) transformar o tempo de isolamento num momento de cuidado e conexão com o bebé* (i.e., motivar a grávida para cuidar de si e do seu bebé através de massagens, técnicas de relaxamento ou ioga); *c) normalizar o medo* (i.e., explicar à grávida que é compreensível o facto de estar sobre uma pressão acrescida para a proteção do seu bebé) e *d) explicar à grávida para não se privar do seu tempo de gravidez* (i.e., motivar a grávida para preparar tudo o que precisa com calma, para ler livros sobre a maternidade, o bebé e a amamentação).

Para concluir, sendo certa a importância de compreender o impacto da gravidez na perceção da QdV e no AD das mulheres grávidas, esta pertinência aumenta de forma evidente quando se trata de uma gravidez vivenciada durante uma pandemia que se afirma como uma ameaça direta à saúde da grávida e do feto. Assim sendo, mais do que caracterizar um grupo de mulheres grávidas quanto à perceção da QdV e no ajustamento da RD, este estudo pretende, também discutir os dados apresentados tendo em conta o contexto da pandemia de COVID-19 dada a escassez de informação e a urgência de dados relacionados com esta problemática.

II. MÉTODO

1. Objetivo Geral e Objetivos Específicos

O objetivo geral desta investigação é compreender como um grupo de mulheres grávidas durante a pandemia COVID-19 avaliam a sua QdV e AD durante a gravidez (*DG*) e, retrospectivamente, antes da gravidez (*AG*). Como objetivos específicos seguem-se:

- a) Caracterizar as QdV e o AD de um grupo de grávidas cuja gravidez decorre durante a pandemia de COVID-19.
- b) Explorar as diferenças na avaliação da QdV neste grupo de grávidas *DG* e *AG*.
- c) Explorar as diferenças na avaliação do AD neste grupo de grávidas *DG* e *AG*.
- d) Explorar as relações entre QdV e AD *DG* e *AG*.

Este é um estudo de metodologia quantitativa que segue uma linha hipotético-dedutiva, isto é, são colocadas hipóteses para o estabelecimento de relações entre as variáveis estudadas e apresenta, predominantemente, um *design intrasujeitos*: avalia um mesmo grupo de participantes e tem em conta variáveis referentes a dois momentos (*DG* e *AG*). É ainda um estudo exploratório de carácter descritivo, comparativo e correlacional.

Tendo em conta os objetivos do trabalho e a revisão bibliográfica realizada, elaboraram-se as seguintes hipóteses:

H₁: Existem diferenças entre os resultados obtidos no presente estudo e os resultados de grávidas em circunstâncias anteriores à pandemia COVID-19, no que diz respeito à QdV *DG*, sendo que menores níveis de QdV são evidenciados na amostra deste estudo.

H₂: Existem diferenças entre os resultados obtidos no presente estudo e os resultados de grávidas em circunstâncias anteriores à pandemia COVID-19, no que diz respeito ao AD *DG*, sendo que menores níveis de AD são evidenciados na amostra deste estudo.

H₃: Existem diferenças entre os resultados obtidos no período *DG* e *AG* no que diz respeito à avaliação da QdV do grupo de mulheres grávidas do estudo, sendo que menores níveis de QdV são evidenciados *DG*.

H₄: Existem diferenças entre os resultados obtidos no período *DG* e *AG* no que diz respeito à avaliação do AD do grupo de mulheres grávidas do estudo, sendo que menor AD é evidenciado *DG*.

H₅: A QdV *DG* está correlacionada com o AD *DG*, sendo que maiores níveis de QdV *DG* estão associados a maior AD *DG*.

H₆: A QdV *AG* está correlacionada com o AD *AG*, sendo que maiores níveis de QdV *AG* estão associados a maior AD *AG*.

2. Amostra

A amostra que constitui este estudo foi recolhida através de questionários online junto de mulheres grávidas portuguesas durante a pandemia de COVID-19. Os critérios de inclusão da amostra eram: ser mulher, estar grávida (em qualquer fase da gravidez) e ser portuguesa. Assim, a amostra presente no estudo é constituída por um grupo de 122 mulheres grávidas com média de idade de 31.23 ($DP = 4.59$), variando entre 20 e 49 anos. O tempo médio de gravidez é de 27.93 ($DP=8.19$) semanas. Seguidamente, é apresentada a caracterização da amostra: dados sociodemográficos e dados sobre a gravidez.

Tabela 1.

Caracterização da Amostra: Dados Sociodemográficos

	N	%
Nacionalidade das participantes		
Portuguesa	122	100
Residência		
Norte	67	55.4
Centro	36	29.8
Sul	13	10.7
Outros	5	4.1
Estado Civil		
Casada	57	46.7
União de facto	46	37.7
Solteira	17	13.9
Divorciada	2	1.6
Com quem vive		
Parceiro	87	71.3
Parceiro e outros filhos	30	24.6
Sozinha e outros filhos	1	.8
Pais	2	1.6
Outro	2	1.6
Nível de escolaridade		
2º CEB	1	.8
3º CEB	1	.8
Ensino Secundário	39	32
Licenciatura	41	33.6
Mestrado	38	31.1
Doutoramento	2	1.6
Situação Laboral		
Desempregada	4	3.3
Estudante	1	.8
A trabalhar	117	95.9

Tabela 2.*Caracterização da Amostra: Dados sobre a Gravidez e Número de Filhos*

	N	%
Número de gravidezes (sem contar com a gravidez atual)		
0	74	60.7
1	37	30.3
2	9	7.4
4	1	.8
6	1	.8
Número de filhos (sem contar com a gravidez atual)		
0	86	70.5
1	30	24.6
2	6	4.9
Acompanhamento médico na gravidez		
Centro de Saúde	38	31.1
Médico Particular	16	13.1
Ambos	68	55.7
Gravidez atual		
Planeada	104	85.2
Não planeada	18	14.8
Trimestres de Gravidez		
1º Trimestre (1ª até à 13ª semana)	17	13.8
2º Trimestre (14ª até à 27ª semana)	20	16.3
3º Trimestre (28ª até à 41ª semana)	71	57.7
Sem informação	14	12.2

3. Instrumentos

Questionário Sociodemográfico e da Gravidez: este questionário foi desenvolvido para a presente investigação e apresenta duas partes distintas: os dados sociodemográficos da grávida (nomeadamente idade, nacionalidade, distrito de residência, estado civil, com quem vive, nível de escolaridade, situação laboral) e dados sobre a gravidez e número de filhos (nomeadamente número de gravidezes sem contar com a atual, número de filhos sem contar com a gravidez atual, tipo de acompanhamento médico e gravidez atual planeada ou não planeada e o tempo de gestação).

EUROHIS-QOL-8 (Power, 2003; versão portuguesa: Pereira et al., 2011): Este instrumento é constituído por 8 itens, que medem a QdV em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais

e ambiente). O instrumento apresenta-se numa Escala de Likert de 5 pontos que varia entre “Nada” e “Completamente”. Nas instruções é pedido que o participante se reporte às duas últimas semanas. Os resultados são obtidos através do somatório dos oito itens, sendo que um valor mais elevado do índice global indica uma melhor percepção da QdV. No estudo original, o instrumento apresentou valores de alfa de cronbach de .78. Na versão portuguesa, o índice global do instrumento demonstrou ter bons valores de consistência interna (alfa de cronbach de .83) (Pereira et al., 2011). No nosso estudo o valor de alfa de cronbach para a escala global foi .86.

No presente estudo foi criada a versão do *EUROHIS-QOL-8-A* (versão “antes”) igual à versão original, mas em que se solicitou às participantes que se reportassem ao tempo anterior à gravidez. O valor de alfa de cronbach obtido foi .80 para a escala global.

De acordo com a cotação do instrumento original, valores mais elevados indicam maiores níveis de QdV.

Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS) (Spanier, 1976; versão portuguesa: Pereira, 2004): A escala consiste em 14 itens, pontuados numa Escala de Likert de 5 pontos, que se organizam em 3 subescalas: no consenso (ConD) (.65), a satisfação (SatD) (.90) e coesão (CoeD) (.70). No nosso estudo os valores de alfa de cronbach foram: .53 no AD global (ADG), .80 para o ConD, .90 para a SatD e .70 CoeD.

No ConD é avaliada a percepção individual de aspetos do relacionamento e do nível de concordância do casal sobre uma variedade de questões básicas, como por exemplo, decisões importantes de vida. Na SatD é avaliada a percepção individual sobre a possibilidade de divórcio/separação, discussão e bem-estar. Por fim, na CoeD é avaliado o grau de partilha emocional de casal e mede as percepções individuais relativas ao envolvimento mútuo em interesses externos, estimulação de ideias, entre outros aspetos (Busby, Christensen, Crane & Larson, 1995).

No presente estudo foi criada a versão do *RDAS-A* (versão “antes”) igual à versão original, mas em que se solicitou às participantes que se reportassem ao tempo anterior à gravidez. Os valores de alfa de cronbach foram: .62 na escala global, .81 no ConD, .75 na SatD e .61 na CoeD.

Neste instrumento foi adotada a leitura de que valores menos elevados indicam maiores níveis de ajustamento.

4. Procedimentos

4.1. Procedimentos de Recolha de Dados

As grávidas responderam aos questionários online, através da plataforma *google forms*. As participantes foram contactadas e tiveram acesso ao link para os questionários on-line através da rede de contactos informais e profissionais da equipa de investigação e através das redes sociais. Foram utilizadas diversas plataformas digitais para a divulgação do estudo (e.g., *facebook, instagram, linkedin e whatsapp*) de forma a ser possível aceder às mulheres que, cumprindo os critérios de inclusão, poderiam fazer parte da amostra. No *Facebook* recorreu-se também à divulgação em diversos grupos de grávidas após a autorização das respetivas administradoras. O período de recolha de dados decorreu entre 24 de abril e 16 de junho de 2020 e coincidiu com o período da pandemisa COVID-19, nomeadamente com os dias de confinamento.

O link dava acesso a um formulário (*google forms*) em que, inicialmente, é apresentado o estudo, o seu objetivo e consentimento informado que garante a confidencialidade e o anonimato dos dados. Após a aceitação das condições para a participação no estudo, segue-se o Questionário Sociodemográfico e da Gravidez. Depois foi pedido às participantes que preenchessem o *EUROHIS-QOL-8* (Power, 2003; versão portuguesa: Pereira et al., 2011) e *Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS)* (Spanier, 1976; versão portuguesa: Pereira, 2004), numa primeira fase, retrospectivamente (i.e., pedido às mulheres que se reportassem ao antes da gravidez- versões “A”) e depois relativamente ao momento atual (Anexo 1).

Não obstante a existência de limitações na recolha de dados online, esta foi crucial para o acesso à amostra, dada a situação de pandemia e do confinamento obrigatório, contribuindo também para a redução de riscos no contágio da equipa de investigação e das participantes. Em acréscimo, é de salientar outras vantagens, tais como a prevenção da não-resposta, evitamento de erros na inserção de dados e codificação, e a redução de custos (e.g., Terluin et al., 2018). Para além disto, os grupos de grávidas das redes sociais são uma mais valia para a recolha de informação, uma vez que, as mulheres grávidas recorrem a recursos eletrónicos para suporte e conselhos (Legan et al., 2011).

4.2. Procedimentos de Análise de Dados

No que diz respeito à análise de dados, uma vez que a recolha dos mesmos ocorreu através da plataforma online *google forms*, os dados foram automaticamente registados após o preenchimento dos questionários. Utilizou-se o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para o tratamento estatístico, permitindo responder aos objetivos deste estudo e aceitar ou rejeitar as hipóteses. Recorreu-se à estatística descritiva para a descrição da amostra e estatística inferencial para explorar diferenças e associações entre variáveis (Martins, 2011).

De forma a realizar comparações no que diz respeito à QdV e ajustamento na RD entre os dados obtidos na amostra do presente estudo e uma amostra de grávidas da população geral de uma época anterior à pandemia COVID-19, recorreu-se ao cálculo dos valores de z nas diferentes subescalas dos dois instrumentos, utilizando a fórmula de Clark-Carter (1997), apresentada de seguida:

$$z = \frac{\text{Média da amostra} - \text{Média da população}}{\left(\frac{\text{Desvio padrão da população}}{\sqrt{\text{Tamanho da amostra}}} \right)}$$

Após o cálculo para encontrar os valores de z , recorreu-se à tabela de probabilidades de z (Clark-Carter, 1997), obtendo-se os valores de *p-value* que comprovam a existência ou inexistência de diferenças significativas entre os grupos.

Uma vez que não se encontra garantido o pressuposto de normalidade da distribuição dos dados, optou-se pela utilização de testes não paramétricos nos restantes cálculos. Utilizou-se o *Teste de Wilcoxon* para analisar diferenças, uma vez que existem dois momentos temporais e as variáveis dependentes são ordinais (i.e., QdV e AD), o teste de *Kruskall-Wallis*, para 3 ou mais grupos independentes (i.e., os trimestres da gravidez) e ao nível de variáveis dependentes ordinais (i.e., QdV e AD) o teste de *Mann-Whitney* para dois grupos independentes (i.e., sem filhos ou mais do que um filho) e ao nível de variáveis dependentes ordinais (i.e., QdV e AD) e o *Coefficiente de Correlação de Spearman* para a análise de relações entre variáveis (i.e., QdV e AD) (Martins, 2011).

5. Resultados

Considerando a sequência presente nos objetivos e hipóteses, serão inicialmente apresentadas nas tabelas 3 e 4 os dados referentes à caracterização da QdV e AD da amostra em estudo bem como os resultados da sua comparação com os valores de uma amostra de grávidas pré-COVID (como grupo de referência). Para a comparação, recorreu-se aos dados

referentes a uma amostra recolhida antes do COVID-19 do trabalho de Barbosa (2016) que foi o único trabalho nacional encontrado que utilizava os mesmos instrumentos do presente estudo.

É ainda importante relembrar que, de acordo com a cotação do EUROHIS-QOL-8, valores mais elevados, significam maiores níveis de QdV. Já na RDAS valores foi adotada a leitura de que valores menos elevados significam maior ajustamento.

Tabela 3.

Comparação entre grávidas Pré-COVID e a amostra em estudo quanto à QdV

EUROHIS-QOL-8	Grávidas Pré-COVID (N = 193) Média (DP)	Amostra do estudo (N = 122) Média (DP)	Z
Índice Global	72.58	30.96 (4.65)	-99.09***

Nota. *** $p < .001$

Relativamente aos dados do Índice Global da QdV, é possível verificar que existem diferenças extremamente significativas entre as grávidas da amostra do estudo e as grávidas da população geral de referência (pré-COVID), sendo que as participantes da amostra em estudo apresentaram valores mais baixos.

Tabela 4.

Comparação entre grávidas Pré-COVID e a amostra em estudo quanto ao AD

RDAS	Grávidas Pré-COVID (N = 193) Média (DP)	Amostra do estudo (N = 122) Média (DP)	Z
AD global	54.68 (.56)	40.93 (5.53)	-27.5***
Consenso Diádico	4.13 (.04)	1.78 (.62)	-39.17***
Satisfação Diádica	4.16 (.04)	5.17 (.75)	20.2***
Coesão Diádica	3.35 (.07)	2.39 (1.03)	-10.67***

Nota. *** $p < .001$

No que respeita aos resultados apresentados na tabela 4 é possível verificar que existem diferenças extremamente significativas entre as grávidas da amostra do estudo e as grávidas do

grupo de comparação, ao nível do ADG, do ConD e da CoeD, existindo valores menos elevados no presente estudo. Ao nível da SatD, valores mais elevados verificam-se no presente estudo, também com diferenças extremamente significativas.

A seguir, serão apresentadas nas tabelas 5 e 6, as comparações quanto aos resultados referentes à QdV e ao AD da amostra em estudo *DG* e *AG*.

Tabela 5.

Diferenças na QdV - DG e AG

Subescalas do EUROHIS-QOL-8	QdV Durante (n = 122) Média (DP)	QdV Antes (n = 122) Média (DP)	Z
Índice Global	30.96 (4.65)	33.43 (3.46)	-6.60***
Domínio Físico	3.66 (.68)	4.13 (.56)	-6.46***
Domínio Ambiental	3.91 (.74)	3.96 (.69)	-1.33
Domínio Psicológico	3.75 (.83)	4.27 (.51)	-6.29***
Domínio das Relações Sociais	4.15 (.54)	4.35 (.45)	-4.54***

Nota. *** $p < .001$.

Verificaram-se diferenças extremamente significativas relativamente à QdV *DG* e *AG* no que respeita ao Índice Global e aos domínios físico, psicológico e das relações sociais da QdV. Os valores mais baixos de QdV encontram-se no Índice Global e nos domínios físico, psicológico e das relações sociais *DG*.

Tabela 6.

Diferenças no AD - DG e AG

Subescalas da RDAS	RDAS Durante (n = 122) Média (DP)	RDAS Antes (n = 122) Média (DP)	Z
AD global	40.93 (5.53)	40.65 (5.50)	-1.88
Consenso Diádico	1.78 (.62)	1.86 (.64)	-2.02**
Satisfação Diádica	5.17 (.75)	5.09 (.51)	-3.20***
Coesão Diádica	2.39 (1.03)	2.29 (.86)	-1.72

Nota. ** $p < .05$. *** $p < .001$.

Tendo em conta a tabela 6 é possível verificar que existe diferença muito significativa entre os dois momentos ao nível do ConD, sendo que este apresenta valores menos elevados *DG*. Depois, verifica-se diferença extremamente significativa ao nível da SatD, mas ao contrário do ConD, esta dimensão apresenta valores mais elevados *DG*.

Agora, serão apresentados os resultados das correlações, evidenciados na tabela 7. Começando pelas associações entre QdV e AD *DG* (tabela 7), verificou-se que o Índice Global *DG* se correlaciona de forma negativa e extremamente significativa com o ADG, ConD e CoeD, *DG*. Isto significa que valores menos elevados no Índice Global da QdV estão associados a valores mais elevados no ADG, ConD e CoeD, *DG*. Já o ADG *DG* encontra uma correlação positiva extremamente significativa com a SatD e CoeD, *DG*, ou seja, valores menos elevados no ADG *DG*, estão associados a valores menos elevados ao nível da SatD e CoeD, *DG*. Posteriormente, o ConD *DG*, correlaciona-se negativamente e de forma extremamente significativa com a SatD e a CoeD, *DG*. Logo, valores mais elevados no ConD *DG*, associam-se a valores menos elevados na SatD e CoeD, *DG*. Por último, a SatD *DG* está correlacionada negativamente e de forma extremamente significativa com a CoeD *DG*. Deste modo, valores mais elevados na SatD *DG* estão associados a valores menos elevados na CoeD *DG*.

Seguidamente, apresentam-se as correlações entre QdV e AD *AG*. Iniciando pelo Índice Global de QdV *AG*, é possível perceber que este não se correlaciona com o AD *AG*. Depois, o ADG *AG* encontra uma correlação positiva e muito significativa com o ConD *AG* e uma correlação extremamente significativa com a CoeD *AG*. Isto significa que valores menos elevados no ADG *AG* estão associados a valores menos elevados no ConD e CoeD, *AG*. O ConD *AG*, correlaciona-se negativa e de forma extremamente significativa com a SatD *AG* e de forma positiva extremamente significativa com a CoeD *DG*. Deste modo, valores menos elevados no ConD *AG* estão associados a valores mais elevados na SatD *AG*, mas a valores menos elevados na CoeD *AG*. Por último, a SatD *AG* encontra uma correlação negativa extremamente significativa com a CoeD *AG*, o que significa que valores mais elevados de SatD *AG* estão associados a valores menos elevados na CoeD *AG*.

Por último, apresentam-se as correlações entre QdV e AD *DG* e *AG*. O Índice Global da QdV *DG* encontra-se correlacionado de forma positiva e muito significativa com o Índice Global da QdV *AG* e com a SatD *AG*. Deste modo, valores menos elevados no Índice Global da QdV estão associados a valores menos elevados no Índice Global da QdV e SatD, *AG*. O Índice Global da QdV *DG* ainda se encontra correlacionado negativamente e de forma muito significativa com o ADG *AG* e com o ConD *AG* e de forma extremamente significativa com a

Tabela 7.*Correlações - QdV e AD DG e AG*

	N	Média	DP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Índice Global QdV DG	122	30.96	4.65	-	.62**	-.34***	-.18**	-.30***	-.21**	.17	.22**	-.30***	-.21***
2. Índice Global QdV AG	122	33.43	3.46		-	-.10	.04	-.07	-.02	.20**	.17	.16	-.03
3. ADG DG	122	40.93	5.53			-	.73***	.47***	-.53**	-.07	-.20**	.80***	.74***
4. ADG AG	122	40.65	5.50				-	.47***	.66**	-.14	.05	-.70***	.81***
5. ConD DG	122	1.78	.62					-	.28***	-.40***	-.48***	-.28***	.31***
6. ConD AG	122	1.86	.64						-	-.38***	-.33***	.30***	.32***
7. SatD DG	122	5.17	.75							-	.65***	-.29***	-.25***
8. SatD AG	122	5.09	.51								-	-.19**	-.21***
9. CoeD DG	122	2.39	1.03									-	.85***
10. CoeD AG	122	2.29	.86										-

Nota. ** $p < .05$. *** $p < .001$

CoeD AG. Assim, valores menos elevados no Índice Global da QdV estão associados a valores mais elevados no ADG, ConD e CoeD, AG.

O Índice Global da QdV AG, encontra-se apenas correlacionado positivamente e de forma muito significativa com a SatD DG, isto é, valores mais elevados de Índice Global da QdV AG estão associados a valores mais elevados na SatD DG.

Posteriormente, o ADG DG encontra correlações positivas e extremamente significativas com o ADG AG e CoeD AG e correlações negativas muito significativas com ConD AG e SatD AG. Assim, valores menos elevados no ADG DG estão associados a valores menos elevados no ADG e CoeD, AG. Pelo contrário, valores menos elevados no ADG DG estão associados a valores mais elevados no ConD e SatD, AG. Seguidamente, o ADG AG, encontra uma correlação positiva e extremamente significativa com o ConD DG e uma correlação negativa e extremamente significativa com o CoeD DG. Assim valores menos elevados no ADG AG estão associados a valores menos elevados no ConD DG, mas mais elevados na CoeD DG. Agora, o ConD DG, que se correlaciona de forma positiva e extremamente significativa com o ConD e CoeD, AG e de forma negativa extremamente significativa com a SatD AG, ou seja, valores menos elevados no ConD DG estão associados a valores menos elevados no ConD e CoeD AG, e a valores mais elevados na SatD AG. No que diz respeito ao ConD AG, existem duas correlações extremamente significativas, sendo que uma é positiva com a CoeD DG e outra negativa com a SatD DG. Isto significa que valores menos elevados no ConD AG estão associados a valores menos elevados na CoeD e a valores mais elevados na SatD. A SatD DG esta correlacionada de forma positiva e extremamente significativa com a SatD AG e de forma negativa extremamente significativa com a CoeD AG. Logo, valores menos elevados na SatD AG estão associados a valores menos elevados na SatD AG e a valores mais elevados na CoeD AG. Para concluir a CoeD DG encontra-se correlacionada de forma positiva e extremamente significativa com a CoeD AG, ou seja, valores menos elevados na CoeD DG estão associados a valores menos elevados na CoeD AG.

Após a revisão bibliográfica efetuada, optou-se por realizar análises complementares (tabelas 8 e 9), de forma a compreender se existiam diferenças de resultados na QdV e no AD tendo em conta os trimestres da gravidez e o número de filhos.

Tabela 8.*QdV e AD DG – Trimestres de Gravidez*

	Trimestres de Gravidez DG			X²
	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	
	(<i>n</i> = 17) <i>Ordem Média</i>	(<i>n</i> = 20) <i>Ordem Média</i>	(<i>n</i> = 71) <i>Ordem Média</i>	
Índice Global QdV	43.44	56.28	56.65	2.16
ADG	56.24	54.30	54.14	.96
ConD	53.32	52.55	55.33	.35
SatD	54.18	54.88	54.47	11.78***
CoeD	57.38	58.78	52.61	.04

Nota. ****p* < .001

Tendo em conta os dados da tabela 8, é possível verificar que apenas existem diferenças entre trimestres na SatD (diferença extremamente significativa), sendo que o maior ajustamento ao nível da SatD se encontra no 1º trimestre.

Tabela 9.*QdV e AD DG – Número de Filhos*

	Número de Filhos DG		U
	Sem filhos	Um ou mais filhos	
	(<i>n</i> = 86) <i>Ordem Média</i>	(<i>n</i> = 36) <i>Ordem Média</i>	
Índice Global QdV	67.58	46.99	-2,95**
ADG	64.47	54.42	-1.44
ConD	60.75	63.29	-.36
SatD	67.23	47.82	-2.82***
CoeD	62.84	58.31	-.65

Nota. ***p* < .05. ****p* < .001

Quando se compararam as grávidas com filhos com as grávidas com um ou mais filhos, em ambos os instrumentos, os dados revelaram a existência de diferenças muito significativa no Índice global de QdV (sendo que as mulheres sem filhos apresentam melhores resultados de QdV que as mulheres com filhos) e extremamente significativa na SatD (sendo que as mulheres sem filhos apresentam valores mais elevados na SatD do que as mulheres com filhos).

III. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como principal objetivo caracterizar a QdV e o AD DG e AG num grupo de grávidas durante a pandemia de COVID-19. O estudo incluiu uma amostra de 122 mulheres que experienciaram a sua gravidez durante a pandemia do COVID-19. As participantes foram avaliadas quanto à QdV e AD DG e, de forma retrospectiva, AG.

Os resultados principais indicaram, numa primeira fase, que os níveis globais da QdV das mulheres grávidas da amostra deste estudo (na circunstância de COVID-19) se mostraram mais baixos quando comparados com as grávidas da população geral sem circunstância de COVID-19. Sendo a gravidez um período de diversas mudanças e adaptações, é expectável que os níveis de QdV das mulheres grávidas diminuam, tal como é apontado em diversos trabalhos (Abbasi et al., 2014; Calou et al., 2018; Legadec et al., 2018; Chen et al., 2019). Para além disto, é importante sublinhar que, provavelmente, o facto destas mulheres estarem a viver a gravidez, com todas as exigências normais deste período e no contexto de uma pandemia mundial, com contornos sem precedentes e com obrigatoriedade de confinamento, pode influenciar estes resultados. Assim sendo, é possível aceitar a H₁ assumindo que *existem diferenças entre os resultados obtidos no presente estudo e os resultados de grávidas em circunstâncias anteriores à pandemia COVID-19, no que diz respeito à QdV DG, sendo que menores níveis de QdV são evidenciados na amostra deste estudo.*

No que concerne ao AD, esta comparação revelou que, na amostra em estudo, se encontra um maior ajustamento ao nível do ConD e da CoeD e também no ADG. Pelo contrário, menores níveis de ajustamento foram evidenciados na dimensão da SatD na amostra em estudo. Estes resultados devem-se, provavelmente, devido a este estudo ter a particularidade de as participantes estarem, como foi referido anteriormente, a vivenciar este momento, durante uma pandemia global e em confinamento. Assim, é provável que o facto do casal passar mais tempo em casa e partilhar preocupações relativas ao COVID-19 possa explicar estes resultados.

Note-se que o ConD diz respeito à perceção individual de aspetos do relacionamento e do nível de concordância do casal numa variedade de questões básicas, tais como decisões importantes de vida, e a CoeD diz respeito ao grau de partilha emocional de casal e mede as perceções individuais relativas ao envolvimento mútuo em interesses externos, à estimulação de ideias, entre outros aspetos (Busby et al., 1995). Tendo por base esta informação é possível pensar-se que, ainda que as circunstâncias do COVID-19 se afirmem desafiantes para as grávidas e os parceiros, o ADG, o ConD e a CoeD, podem evidenciar um maior ajustamento devido ao facto do confinamento ter permitido que o casal passasse grande parte do tempo em conjunto, gerando um maior nível de envolvimento diádico na gravidez e um aumento nos cuidados às grávidas por parte dos parceiros.

Já a SatD, ao evidenciar menores níveis de ajustamento, foi ao encontro do que outros autores apresentam (Twenge et al., 2003; Gao et al., 2018; Ramsdell et al., 2019), mesmo não tendo a participação de mulheres grávidas durante o COVID-19. Na amostra em estudo, o facto da gravidez estar a ser vivida durante o COVID-19, pode aumentar os níveis de desconforto psicológico, nomeadamente, o stress e a preocupação. Note-se que a literatura tem demonstrado a existência de associações positivas entre o estado psicológico (em termos de perceção de stress, depressão e ansiedade) da mulher grávida e do companheiro, e a satisfação na relação durante o período da gravidez (e.g., Da Costa et al., 2017; Giannotti et al., 2018; Kamalifard et al., 2018; Paulson & Bazemore, 2010; Rollè et al., 2017; Vismara et al., 2016). Haverá que considerar o facto de muitas das rotinas terem sido interrompidas devido à ao Estado de Emergência Nacional e o conseqüente confinamento, como é o caso do encerramento das escolas, tendo o casal que gerir diversos aspetos da vida familiar, com os filhos em casa (no caso de existirem mais filhos para além da gravidez), e adaptar-se às mudanças da gravidez e às implicações do COVID-19.

Assim, é possível aceitar, de forma parcial, a H₂ afirmando que *existem diferenças entre os resultados obtidos no presente estudo e os resultados de grávidas em circunstâncias anteriores à pandemia COVID-19, no que diz respeito ao AD DG*, sendo que menores níveis de AD são evidenciados na amostra deste estudo. Portanto, é aceite parcialmente porque há valores menos elevados (diferenças extremamente significativas) no ADG, do ConD e da CoeD, portanto mais ADG, maior consenso e coesão e menor apenas na satisfação.

No que concerne aos resultados que comparam a perspetiva das grávidas quanto à avaliação do AD DG e AG, foram encontrados resultados paralelos, tanto ao nível do ConD(maior ajustamento DG), como da SatD (menor ajustamento DG). Quanto à satisfação, poderemos colocar a hipótese das circunstâncias do COVID-19, nomeadamente do isolamento em casa, poder aumentar a frequência de situações em que o casal não está em sintonia e até trazer conflitos sobre as rotinas do dia-a-dia que habitualmente não eram vividas em conjunto ao longo das 24 horas do dia. Como foi referido pela OPP (2020) *é comum e expectável que nos possamos sentir frustrados, com medo, ansiosos, mais irritáveis ou zangados e, por isso, menos tolerantes e com menos paciência para quem nos está mais próximo: a nossa família. É natural que surjam alguns conflitos.*

Deste modo, é possível aceitar-se de forma parcial H₄, afirmando que *existem diferenças entre os resultados obtidos no período DG e AG no que diz respeito à avaliação do AD do grupo de mulheres grávidas do estudo, sendo que menor AD é evidenciado DG*, apenas na SatD.

Relativamente à comparação da avaliação da QdV *DG* e *AG*, foram evidenciados menores níveis de QdV Global e nos domínios físico, das relações sociais e psicológico, tal como foi evidenciado por Legadec et al. (2018) e Wang et al. (2013). É importante ter em conta que o impacto psicológico da pandemia de COVID-19 pode influenciar estes resultados, uma vez que existe um aumento nos sentimentos de incerteza e preocupação. Já o domínio ambiental da QdV não demonstrou diferenças significativas *DG* e *AG*. Mais uma vez, estes resultados podem dever-se ao COVID-19 porque apesar da pandemia ter trazido complicações económicas a várias famílias, é um efeito que, provavelmente, não se evidencia a curto prazo, ou seja, os efeitos do COVID-19 na economia das famílias poder-se-ão sentir, de forma mais intensa no futuro, uma vez que as famílias ainda poderão dispôr de poupanças no momento atual. Considerando esta informação, é possível aceitar-se, H_3 afirmando que *existem diferenças entre os resultados obtidos no período DG e AG no que diz respeito à avaliação da QdV do grupo de mulheres grávidas do estudo, sendo que menores níveis de QdV são evidenciados DG*.

Também foi um objetivo deste estudo, explorar as associações entre a QdV e AD. Tanto quanto é do nosso conhecimento, não há estudos que apresentem resultados sobre a existência ou inexistência desta associação, considerando um grupo de grávidas durante a pandemia de COVID-19. Ainda assim, alguns autores referem que a qualidade do AD no contexto da gravidez está relacionada com a QdV e bem-estar dos indivíduos (Figueiredo et al., 2008; Gameiro et al., 2011). Devido à limitação de espaço deste trabalho, optou-se apenas pela discussão dos dados relacionados com H_5 e H_6 .

Relativamente à associação entre QdV *DG* e AD *DG* verificou-se que, maiores níveis de Índice Global da QdV estão associados a menores níveis de ajustamento no ADG, ConDe CoeD. A QdV *AG* não se associa ao AD *AG*. O facto de existir associação entre QdV e AD durante a gravidez, pode estar relacionado com a vivência da gravidez em confinamento devido à COVID-19 como tem sido referido ao longo desta discussão. Assim, é possível aceitar de forma parcial H_5 afirmando que a *QdV DG está correlacionada com o AD DG*, sendo que menores níveis de QdV *DG* estão associados a menor ajustamento no ADG, ConDe CoeD.

O facto de não existirem associações entre QdV e ADG ou qualquer das suas subescalas *AG* faz com que se rejeite H_6 , concluindo que a QdV *AG* não está correlacionada com AD *AG*. Relembramos que a avaliação *AG* acontece numa forma retrospectiva. E preciso ter em consideração que este é um estudo exploratório com uma amostra pequena, pelo que é importante aumentar a amostra e aprofundar o estudo das propriedades psicométricas dos instrumentos nesta versão.

Para terminar, no que concerne às análises complementares, foi possível perceber que os resultados do ajustamento na SatD variam ao longo dos trimestres de gravidez de forma extremamente significativa, existindo um maior ajustamento ao longo do 1º trimestre tal como é evidenciado noutros estudos (e.g., Legadec et al., 2018 e Ramsdell et al., 2019) e um menor ajustamento no 2º e 3º trimestres. O maior ajustamento estar a ocorrer no 1º trimestre pode também estar relacionado com o facto do início da gravidez estar a ser experienciada, em grande parte, em confinamento em conjunto com o parceiro e isso ser novidade, ainda sem o peso da continuação/repetição de rotinas e consequente desgaste pessoal e relacional.

Quando comparamos as grávidas sem filhos e as grávidas com um ou mais filhos, percebemos diferenças (estatisticamente muito significativas) nos valores da QdV, sendo que, as participantes sem filhos apresentam valores mais elevados. Diversos trabalhos assinalam a gravidez do primeiro filho e o impacto que este novo desafio tem na relação do casal, pela sua exigência e peculiaridade (e.g., Cowen & Cowen, 1992; Schoppe-Sullivan et al., 2016). Também na relação diádica (diferença extremamente significativa), sendo que as mulheres sem filhos apresentam valores de maior ajustamento relativamente à SatD. Para além destes resultados irem ao encontro de outros trabalhos (Barnes, 2013; Ketner et al., 2018; Legadec et al., 2018), faz ainda mais sentido que aconteçam neste estudo, já que a mulher grávida em confinamento, ao mesmo tempo que tem a necessidade de se adaptar às mudanças típicas da gravidez, ainda tem que gerir a presença dos outros filhos em casa, visto que também estes viram as rotinas escolares interrompidas.

CONCLUSÃO

O presente estudo teve como principal objetivo caracterizar a QdV e o AD *DG* e *AG* num grupo de grávidas durante a pandemia de COVID-19. O estudo incluiu uma amostra de 122 mulheres que experienciaram a sua gravidez durante a pandemia do COVID-19. As participantes foram avaliadas quanto à QdV e AD *DG* e, de forma retrospectiva, *AG*.

Em suma, este estudo salienta o potencial efeito do COVID-19 durante a gravidez, particularmente quando se compararam os resultados referentes à QdV e AD com a população de grávidas pré-COVID-19 (e.g., menos QdV percebidas pelas mulheres grávidas durante o COVID, mas mais ADG, ConDe CoeD).

Este foi um estudo que pretendeu contribuir para o aumento de informação relativamente à gravidez durante o COVID-19 já que, tanto quanto é do nosso conhecimento, este é o primeiro trabalho que aborda a QdV e AD na gravidez durante a pandemia COVID-19. Para além disto ainda se considera importante compreender que a pandemia trouxe alterações de vida importantes para todos, inclusivamente o confinamento. Por isso, é fulcral que se conheça o melhor possível o que acontece especificamente com as grávidas nestas circunstâncias, também antecipando a importância que esta informação terá no acompanhamento das grávidas, no que concerne ao impacto extra nesta fase desenvolvimental tão desafiante.

No entanto, importa ressaltar que este não deixa de ser um estudo exploratório com uma amostra limitada. Ainda assim, espero continuar a recolher dados que permitam gerar um maior conhecimento. Além disto, a utilização dos instrumentos numa versão “antes” integra-se também neste quadro exploratório e os dados obtidos surgem como uma motivação para aprofundar as suas qualidades psicométricas.

Para concluir este estudo, mais do que caracterizar um grupo de grávidas quanto à sua percepção de QdV e AD, acrescenta a particularidade da amostra ter sido recolhida durante o COVID-19. Dado que esta é uma pandemia sem precedentes, o facto deste trabalho poder contribuir para o aumento de conhecimento tão urgente é sem dúvida um ponto forte.

Devido à limitação de espaço do trabalho não se realizaram análises complementares relativas aos domínios da ficando assim como sugestão para o futuro. Para além desta, também se sugere o aumento da amostra em investigações futuras desta temática, de forma a aumentar a representatividade dos dados e a análise do AD tendo em conta a gravidez planeada e não planeada, já que este é um dos fatores apontados por (Bouchard, 2006; Gariepi, 2017) como influente no AD.

BIBLIOGRAFIA

- Abbasi, M., Van Den Akker, O., & Bewley, C. (2014). Persian couples' experiences of depressive symptoms and health-related quality of life in the pre-and perinatal period. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 35(1), 16–21. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2013.865722>
- Abell, T. D., Baker, L. C., Clover, R. D., & Ramsey, C. N. (1991). The effects of family functioning on infant birthweight. *The Journal of Family Practice*, 32, 37–44. https://mdedge-files-live.s3.us-east-2.amazonaws.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1991-volume_32-33/JFP_1991-01_v32_i1_the-effects-of-family-functioning-on-inf.pdf
- Alves, T. V., & Bezerra, M. M. M. (2020). Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional. *REVISTA DE PSICOLOGIA*, 14(49), 114-126. <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2324>
- Arnold, R., Ranchor, A. V., Sanderman, R., Kempen, G. I., Ormel, J., & Suurmeijer, T. P. (2004). The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 13(5), 883–896. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000025599.74923.f2>
- Asada, Y., & Ohkusa, Y. (2004). Analysis of health-related quality of life (HRQOL), its distribution, and its distribution by development. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 175–199. <http://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085551>
- Barbosa, R. M. C. (2016). *The role of dyadic coping in the individual and dyadic adjustment during the transition to parenthood* [Master's thesis, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/32934/1/TESE%20MIP%20%20Rosa%20Barbosa%20-%202016.pdf>
- Barnes, M. W. (2013). Having a first versus a second child: Comparing women's maternity leave choices and concerns. *Journal of family issues*, 34(1), 85-112. <https://doi.org/10.1177/0192513X12440089>
- Baldoni, F., Giannotti, M., Casu, G., Luperini, V., & Spelzini, F. (2020). A Dyadic Study on Perceived Stress and Couple Adjustment During Pregnancy: The Mediating Role of Depressive Symptoms. *Journal of Family Issues*, 1(21). <https://doi.org/10.1177/0192513X20934834>
- Beach, S. R., Martin, J. K., Blum, T. C., & Roman, P. M. (1993). Effects of marital and co-worker relationships on negative affect: Testing the central role of marriage. *American*

Journal of Family Therapy, 21(4), 313-323.
<https://doi.org/10.1080/01926189308251002>

- Belsky, J. & Rovine, M. (1990). Patterns of marital changes across the transition to parenthood: pregnancy to three years postpartum. *Journal of Marriage and Family*, 52, 5-19. <http://doi.org/10.2307/352833>
- Benedetto, L., & Ingrassia, M. (2018). *Parental Self-efficacy in Promoting Children Care and Parenting Quality*. In Parenting - Empirical Advances and Intervention Resources. <https://doi.org/10.5772/intechopen.68933>
- Bodenmann, G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. In T. A. Revenson, K. Kayser, & G. Bodenmann (Eds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping*. (1st ed., pp. 33–49). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11031-002>
- Bodenmann, G., Pihet, S., & Kayser, K. (2006). The Relationship between dyadic coping and marital quality: A 2-year longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, 20(3), 485–493. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.3.485>
- Bonomi, A. E., Patrick, D. L., Bushnell, D. M., & Martin, M. (2000). Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 1-12. [http://doi.org/10.1016/S0895-4356\(99\)00123-7](http://doi.org/10.1016/S0895-4356(99)00123-7)
- Bouchard, G., Boudreau, J., & Hébert, R. (2006). Transition to parenthood and conjugal life: Comparisons between planned and unplanned pregnancies. *Journal of Family Issues*, 27(11), 1512-1531. <https://doi.org/10.1177/0192513X06290855>
- Busby, D.M., Christensen, C., Crane, D.R., Larson, J.H. (1995). A revision of the dyadic adjustment scale for use with distressed and nondistressed couples: construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21: 289-308. <http://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1995.tb00163.x>
- Brandão, T., Brites, R., Hipólito, J., Pires, M., & Nunes, O. (2020). Dyadic coping, marital adjustment and quality of life in couples during pregnancy: an actor–partner approach. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(1), 49-59. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1578950>
- Brazelton, T. B. (1994). Touchpoints: Opportunities for preventing problems in the parent-child relationship. *Acta Paediatrica*, 83, 35-39. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1994.tb13212.x>

- Brown, M. A. (1986). Marital support during pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 15(6), 475-483. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1986.tb01427.x>
- Calou, C. G. P., de Oliveira, M. F., Carvalho, F. H. C., Soares, P. R. A. L., Bezerra, R. A., de Lima, S. K. M., ... & Pinheiro, A. K. B. (2018). Maternal predictors related to quality of life in pregnant women in the Northeast of Brazil. *Health and quality of life outcomes*, 16(1), 109. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0917-8>
- Camareneiro, A. (2011). *Vinculação pré-natal e organização psicológica do homem e da mulher durante a gravidez: relação com o tipo de parto e com a patologia obstétrica dos II e III trimestres de gestação*. [Dissertação de Doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6526/6/ulsd062931_td_tese.pdf
- Campbell, L., & Kashy, D. A. (2002). Estimating actor, partner, and interaction effects for dyadic data using PROC MIXED and HLM: A user-friendly guide. *Personal Relationships*, 9, 327–342. <https://doi.org/10.1111/1475-6811.00023>
- Canário, A. C. M. (2015). Ajustamento psicológico e relacionamento conjugal em casais na gravidez e pós-parto [Tese de Doutoramento, Universidade do Minho]. Repositório UM. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/36618>
- Canavarro, M.C. (2001), Gravidez e Maternidade: representações e tarefas de desenvolvimento. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp.17-49). Quarteto Editora.
- Canavarro, M.C. e Pedrosa, A. (2005), Transição para a parentalidade – compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.225-256). Fim de Século.
- Carvalho, P. S., Loureiro, M., & Simões, M. R. (2006). Adaptações psicológicas à gravidez e maternidade. *Psicologia e educação*, 2, 39-49.
- Centers for Disease Control and Prevention: Morbidity and Mortality Weekly Report. (2008). Prevalence of self-reported postpartum depressive symptoms—17 states, 2004–2005. *CDC: Atlanta, GA*, 299(19), 2268–2270. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5714a1.htm>
- Chang, S. R., Chen, K. H., Lin, M. I., Lin, H. H., Huang, L. H., & Lin, W. A. (2014). A repeated measures study of changes in health-related quality of life during pregnancy and the relationship with obstetric factors. *Journal of advanced nursing*, 70(10), 2245–2256. <https://doi.org/10.1111/jan.12374>

- Chen, Y. H., Huang, J. P., Au, H. K., & Chen, Y. H. (2019). High risk of depression, anxiety, and poor quality of life among experienced fathers, but not mothers: A prospective longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 242, 39–47. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.042>
- Chang, S. R., Kenney, N. J., & Chao, Y. M. Y. (2010). Transformation in self-identity amongst Taiwanese women in late pregnancy: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(1), 60–66. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.06.007>
- Clark-Carter, D. (1997). *Doing quantitative psychological research: from design to report*. Psychology Press/Erlbaum Taylor & Francis.
- Claxton, A., & Perry-Jenkins, M. (2008). No fun anymore: Leisure and marital quality across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 70(1), 28–43. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2007.00459.x>
- Clulow, C. (1991). Partners becoming parents: the question of difference. *Infant Mental Health Journal*, 12 (3), 256–266. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199123\)12:3<256::AID-IMHJ2280120311>3.0.CO;2-4](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199123)12:3<256::AID-IMHJ2280120311>3.0.CO;2-4)
- Colman, L. & Colman, A. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Edições Colibri.
- Cordeiro, J. Dias (1994). *A Saúde Mental e a Vida*. 3ª ed. Salamandra.
- Costa, E. S., Pinon, G. M. B., Costa, T. S., de Araújo Santos, R. C., Nóbrega, A. R., & de Sousa, L. B. (2010). Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 11(2), 86–93. <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027970010.pdf>
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (1992). *When partners become parents: The big life change for couples*. Basic Books.
- Da Costa, D., Dritsa, M., Verreault, N., Balaa, C., Kudzman, J., & Khalifé, S. (2010). Sleep problems and depressed mood negatively impact health-related quality of life during pregnancy. *Archives of women's mental health*, 13(3), 249–257. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0104-3>
- Davies, P.T., Martin, M.J. & Cicchetti, D. (2012). Delineating the sequelae of destructive and constructive interparental conflict for children within an evolutionary framework. *Development Psychology*, 48, 939–955. <https://doi.org/10.1037/a0025899>
- Diego, M. A., Field, T., Hernandez-Reif, M., Cullen, C., Schanberg, S., & Kuhn, C. (2004). Prepartum, postpartum, and chronic depression effects on newborns. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 67(1), 63–80. <https://doi.org/10.1521/psyc.67.1.63.31251>

- Direção Geral da Saúde – DGS (2020). *DGS publica orientação sobre gravidez e parto*. <https://covid19.min-saude.pt/dgs-publica-orientacao-sobre-gravidez-e-parto/>
- Dyer, E. D. (1963) Parenthood as crisis: a re-study. *Marriage and Family Living*, (25), 196-201. <http://doi.org/10.2307/349182>
- Falconier, M. K., Jackson, J. B., Hilpert, P., & Bodenmann, G. (2015). Dyadic coping and relationship satisfaction: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 42, 28–46. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.07.002>
- Fatemeh, A., Azam, B., & Nahid, M. (2010). Quality of life in pregnant women results of a study from Kashan, Iran. *Pak J Med Sci*, 26(3), 692-7. https://www.researchgate.net/publication/228468418_Quality_of_life_in_pregnant_women_Results_of_a_study_from_Kashan_Iran
- Figueiredo, B., Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Deeds, O., & Ascencio, A. (2008). Partner relationships during the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(2), 99-107. <https://doi.org/10.1080/02646830701873057>
- Fitzpatrick, M. A., & Best, P. (1979). Dyadic adjustment in relational types: Consensus, cohesion, affectional expression, and satisfaction in enduring relationships. *Communications Monographs*, 46(3), 167-178. <https://doi.org/10.1080/03637757909376004>
- Frizzo, G. B., & Piccinini, C. A. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em estudo*, 10(1), 47-55. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000100007>
- Gameiro, S., Nazaré, B., Fonseca, A., Moura-Ramos, M., & Canavarro, M. C. (2011). Changes in marital congruence and quality of life across the transition to parenthood in couples who conceived spontaneously or with assisted reproductive technologies. *Fertility & Sterility*, 96(6), 1457-1462. <http://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.09.003>
- Gao, M., Du, H., Davies, P. T., & Cummings, E. M. (2019). Marital conflict behaviors and parenting: Dyadic links over time. *Family relations*, 68(1), 135-149. <https://doi.org/10.1111/fare.12322>
- Gillis, A., Gabriel, B., Galdiolo, S., & Roskam, I. (2019). Partner support as a protection against distress during the transition to parenthood. *Journal of Family Issues*, 40(9), 1107-1125. <https://doi.org/10.1177/0192513X19832933>
- Gomez, R., & Leal, I. (2009). Stress parental no período pós-parto: Adaptação do Parental Stress Inventory para a população portuguesa. *Psychologica*, (50), 361-372. https://doi.org/10.14195/1647-8606_50_19

- Graham, H., & Oakley, A. (2005). Medical and maternal perspectives on pregnancy. *Medical Sociology: Coping with illness*, 3, 110.
- Grupo de Língua Portuguesa da Sociedade Marcé (2020). “Quando a vida não escolhe tempo para nascer” (VIDA). *The Marcé Society for Perinatal Mental Health*. https://www.ordemdos psicologos.pt/ficheiros/documentos/programa_vida.pdf
- Heinicke, C. M. (2002). The transition to parenting. *Handbook of parenting*, 3, 363-388.
- Isaacs, N. Z., & Andipatin, M. G. (2020). A systematic review regarding women’s emotional and psychological experiences of high-risk pregnancies. *BMC psychology*, 8, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00410-8>
- Kamalifard, M., Bayati Payan, S., Panahi, S., Hasanpoor, S., & Babapour Kheiroddin, J. (2018). Paternal postpartum depression and its relationship with maternal postpartum depression. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*, 28, 115–120. http://hnmj.gums.ac.ir/files/site1/user_files_086810/panahi-A-10-342-3-afc6c91.pdf
- Ketner, S. L., Gravesteyn, C., & Verschuur, M. J. (2019). Transition to parenthood: it does not get easier the next time. Exploring ways to support well-being among parents with newborns. *Journal of family social work*, 22(3), 274-291. <https://doi.org/10.1080/10522158.2018.1499063>
- Keeley, R. D., Birchard, A., Dickinson, P., Steiner, J., Dickinson, L. M., Rymer, S., et al. (2004). Parental attitudes about a pregnancy predict birthweight in a low-income population. *Annals of Family Medicine*, 2, 145–149. <https://doi.org/10.1370/afm.57>
- Lagadec, N., Steinecker, M., Kapassi, A., Magnier, A. M., Chastang, J., Robert, S., ... Ibanez, G. (2018). Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1). <http://doi.org/10.1186/s12884-018-2087-4>
- Lavee, Y., Sharlin, S., & Katz, R. (1996). The effect of parenting stress on marital quality: An integrated mother-father model. *Journal of family issues*, 17(1), 114-135. <https://doi.org/10.1177/019251396017001007>
- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Fim de Século
- Lederman, R., Lederman, E., Work, B. A. Jr., & McCann, D. S. (1979). Relationship of psychological factors in pregnancy to progress in labor. *Nursing Research*, 28, 94–97. <https://doi.org/10.1097/00006199-197903000-00012>
- Lagan, B.M., Sinclair, M., Kernohan, W.G., 2011. A Web-based survey of midwives' perceptions of women using the Internet in pregnancy: a global phenomenon. *Midwifery* 27, 273–281. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.07.002>

- Li, J., Mao, J., Du, Y., Morris, J. L., Gong, G., & Xiong, X. (2012). Health-related quality of life among pregnant women with and without depression in Hubei, China. *Maternal and Child Health Journal*, 16(7), 1355-1363. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0900-z>
- Liang, H., & Acharya, G. (2020). Novel corona virus disease (COVID-19) in pregnancy: What clinical recommendations to follow?. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 99(4), 439-442. <http://doi.org/10.1111/aogs.13836>
- Lubertkin, E. I., Jia, H., Franks, P., et al. (2005). Relationship among sociodemographic factors, clinical conditions, and healthrelated quality of life: Examining the EQ-5D in the U.S. general population. *Quality of Life Research*, 14(10), 2187–2196. <http://doi.org/10.1007/s11136-005-8028-5>
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. (1ª ed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Mercer, R. T., Ferketich, S. L., May, K., DeJoseph, J., & Sollid, D. (1988). Further exploration of maternal and paternal fetal attachment. *Research in Nursing and Health*, April, 11(2), 83-95. <https://doi.org/10.1002/nur.4770110204>
- Messer, L. C., Dole, N., Kaufman, J. S., & Savitz, D. A. (2005). Pregnancy intendedness, maternal psychosocial factors and preterm birth. *Maternal and Child Health Journal*, 9 (4), December, 403-412. <http://doi.org/10.1007/s10995-005-0021-7>
- McKellar, L., Pincombe, J., & Henderson, A. (2009). ‘Coming ready or not!’ Preparing parents for parenthood. *British Journal of Midwifery*, 17(3), 160-167. <https://doi.org/10.12968/bjom.2009.17.3.40078>
- Molgora, S., Acquati, C., Fenaroli, V., & Saita, E. (2019). Dyadic coping and marital adjustment during pregnancy: A cross-sectional study of Italian couples expecting their first child. *International Journal of Psychology*, 54(2), 277-285. <https://doi.org/10.1002/ijop.12476>
- Nelson, S. K., Kushlev, K., & Lyubomirsky, S. (2014). The pains and pleasures of parenting: When, why, and how is parenthood associated with more or less well-being?. *Psychological Bulletin*, 140(3), 846. <https://doi.org/10.1037/a0035444>
- Newham, J. J., & Martin, C. R. (2013). Measuring fluctuations in maternal well-being and mood across pregnancy. *Journal of reproductive and infant psychology*, 31(5), 531-540. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.834040>
- Obrochta, C. A., Chambers, C., & Bandoli, G. (2020). Psychological distress in pregnancy and postpartum. *Women and Birth*.

- ^aOrdem dos Psicólogos Portugueses – OPP (2020). *COVID-19 RECOMENDAÇÕES PARA GRÁVIDAS, PUÉRPERAS, MÃES, PAIS, CASAIS*. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/covid_19_gravidez_completo.pdf
- ^bOPP (2020). Como lidar com uma situação de isolamento. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/doc_covid_19_opp.pdf
- Osmančević Katkić, L., Lang Morović, M., & Kovačić, E. (2017). Parenting stress and a sense of competence in mothers of children with and without developmental disabilities. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 53(Supplement), 63-76. orcid.org/0000-0002-8626-0422
- Paulson, J. F., Sharnail, D., & Bazemore, M. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression. *Journal of the American Medical Association*, 303(19), 1961-1969. <http://doi.org/10.1001/jama.2010.605>
- Pereira, M.G. (2004). Versão Portuguesa do Revised adjustment Scale. *Universidade do Minho. Escola de Psicologia*. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/24744/1/carvalho%202013.pdf>
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, 9(2), 109-123. <https://doi.org/10.14417/lp.627>
- Pereira, R. J., Cotta, R. M. M., Franceschini, S. D. C. C., Ribeiro, R. D. C. L., Sampaio, R. F., Priore, S. E., & Cecon, P. R. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(1), 27-38. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082006000100005>
- Perren, S., Von Wyl, A., Simoni, H., Stadlmayr, W., Bürgin, D., & Von Klitzing, K. (2003). Parental psychopathology, marital quality, and the transition to parenthood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(1), 55-64.
- PORDATA. (2020) *Nados-vivos fora do casamento, com coabitação e sem coabitação dos pais (%)*. <https://www.pordata.pt/>
- Power, M. (2003). Development of a common instrument for quality of life. In A. Nosikov & C. Gudex (Eds.), *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys* (pp. 145-159). Amsterdam: IOS Press.

- Ramalho, C. (2020). COVID na gravidez, o que sabemos? [Editorial]. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 14(1), 6-7. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aogp/v14n1/v14n1a01.pdf>
- Ramsdell, E. L., Franz, M., & Brock, R. L. (2019). A Multifaceted and Dyadic Examination of Intimate Relationship Quality during Pregnancy: Implications for Global Relationship Satisfaction. *Family process*. <https://doi.org/10.1111/famp.12424>
- Rasmussen, S. A., Smulian, J. C., Lednicky, J. A., Wen, T. S., & Jamieson, D. J. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: What obstetricians need to know. *American journal of obstetrics and gynecology*. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.02.017> (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2020)
- Relvas e Lourenço (2001). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: Perspectiva sistémica. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp.105-132). Quarteto Editora.
- Rodrigues, C., & Barros, H. (2020). Da emergência de um novo vírus humano à disseminação global de uma nova doença—Doença por Coronavírus 2019 (COVID-19). *Secretaria da Saúde do Estado do Ceará-SESA/CE. Coronavírus (COVID-19) - Cuidados em Saúde Mental*. <http://asset.youoncdn.com/ab296ab30c207ac641882479782c6c34/79bcc2ee6872d230aa77d74a1b0cd573.pdf>
- Rollè, L., Prino, L. E., Sechi, C., Vismara, L., Neri, E., Polizzi, C., Trovato, A., Volpi, B., Molgora, S., Fenaroli, V., Ierardi, E., Ferro, V., Lucarelli, L., Agostini, F., Tambelli, R., Saita, E., Riva Crugnola, C. & Brustia, P. Polizzi, C., . . . Ierardi, E. (2017). Parenting stress, mental health, dyadic adjustment: A structural equation model. *Frontiers in Psychology*, 8, 839. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00839>
- Rollero, C., Gattino, S., & De Piccoli, N. (2014). A gender lens on quality of life: The role of sense of community, perceived social support, self-reported health and income. *Social Indicators Research*, 116(6), 887–898. <http://doi.org/10.1007/s11205-013-0316-9>
- Saccone, G., Florio, A., Aiello, F., Venturella, R., De Angelis, M. C., Locci, M., ... & Sardo, A. D. S. (2020). Psychological impact of coronavirus disease 2019 in pregnant women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.003>

- Sahu, K. K., Lal, A., & Mishra, A. K. (2020). COVID-2019 and Pregnancy: a plea for transparent reporting of all cases. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. <https://doi.org/10.1111/aogs.13850>
- SAMS Prestação Integrada de Cuidados de Saúde (2020). *Pós parto- puerpério*. <https://pics.sams.pt/SiteCollectionDocuments/p%C3%B3s%20parto%20grafica.pdf>
- Schoppe-Sullivan, S. J., Settle, T., Lee, J.-K., & Kamp Dush, C. M. (2016). Supportive Coparenting Relationships as a Haven of Psychological Safety at the Transition to Parenthood. *Research in Human Development*, 13(1), 32–48. <http://doi.org/10.1080/15427609.2016.1141281>
- Skevington, S., Lotfy, M. & O'Connell, K. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Qual Life Res* 13, 299–310 (2004). <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>
- Skouteris, H., Wertheim, E. H., Germano, C., Paxton, S. J., & Milgrom, J. (2009). Assessing sleep during pregnancy: a study across two time points examining the Pittsburgh Sleep Quality Index and associations with depressive symptoms. *Women's health issues*, 19(1), 45-51. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2008.10.004>
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28. <http://doi.org/10.2307/350547>
- Spilker, B.: 1996, 'Introduction', in B. Spilker (ed.), *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials* Second ed. (Lippincott-Raven, Philadelphia, pp. 1–10).
- Suurmeijer, T. P., Reuvekamp, M. F., & Aldenkamp, B. P. (2001). Social functioning, psychological functioning, and quality of life in epilepsy. *Epilepsia*, 42(9), 1160–1168. <https://doi.org/10.1046/j.1528-1157.2001.37000.x>
- Symon, A. (2003). A review of mothers' prenatal and postnatal quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), 38. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-38>
- Teixeira, M. D. C. M. (2014). Onde estava antes de ter nascido?: um estudo sobre a vinculação pré-natal. [Dissertação de Doutoramento, Universidade de Évora]. Repositório da UE. [http://www.rdp.uevora.pt/bitstream/10174/12323/1/Tese%20Concei%C3%A7%C3%A3o%20-%20Onde%20Estava%20Antes%20de%20Ter%20Nascido%20\(TUDO\).pdf](http://www.rdp.uevora.pt/bitstream/10174/12323/1/Tese%20Concei%C3%A7%C3%A3o%20-%20Onde%20Estava%20Antes%20de%20Ter%20Nascido%20(TUDO).pdf)
- Terluin, B., Brouwers, E. P., Marchand, M. A., & de Vet, H. C. (2018). Assessing the equivalence of Web-based and paper-and-pencil questionnaires using differential item and test functioning (DIF and DTF) analysis: a case of the Four-Dimensional Symptom

- Questionnaire (4DSQ). *Quality of Life Research*, 27(5), 1191-1200.
<http://doi.org/10.1007/s11136-018-1816-5>
- Theofilou, P. (2013). Quality of Life: Definition and Measurement. *Europe's journal of psychology*, 9(1). <http://doi.org/10.1.1.299.4629&rep=rep1&type=pdf>
- Twenge, J. M., Campbell, W. K., & Foster, C. A. (2003). Parenthood and marital satisfaction: a meta-analytic review. *Journal of marriage and family*, 65(3), 574-583.
<https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2003.00574.x>
- UNICEF (2020, Junho). Breastfeeding during the COVID-19 pandemic - *Tips on keeping your baby healthy and safe*. <https://www.unicef.org/eap/breastfeeding-during-covid-19>
- Vinturache, A., Stephenson, N., McDonald, S., Wu, M., Bayrampour, H., & Tough, S. (2015). Health-related quality of life in pregnancy and postpartum among women with assisted conception in Canada. *Fertility and sterility*, 104(1), 188-195.
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.04.012>
- Vismara, L., Rollè, L., Agostini, F., Sechi, C., Fenaroli, V., Molgora, S., Neri, E., Prino, L., Odorisio, F., Trovato, A., Polizzi, C., Brustia, P., Lucarelli, L., Monti, F., Saita, E., & Tambelli, R. (2016). Perinatal parenting stress, anxiety, and depression outcomes in first-time mothers and fathers: A 3-to 6-months postpartum follow-up study. *Frontiers in Psychology*, 7, 938. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00938>
- Wang, P., Liou, S. R., & Cheng, C. Y. (2013). Prediction of maternal quality of life on preterm birth and low birthweight: a longitudinal study. *BMC pregnancy and childbirth*, 13(1), 124. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-124>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Warren, P. (2005). First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of advanced nursing*, 50(5), 479-488. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03425.x>
- Wenner, N. K., Cohen, M. B., Weigert, E. V., Kvarnes, R. G., Ohaneson, E. M., & Fearing, J. M. (1969). Emotional problems in pregnancy. *Psychiatry*, 32, 389-410.
<https://doi.org/10.1080/00332747.1969.11023601>
- ^aWorld Health Organization - WHO (2020, Junho). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*.
<https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

- ^bWHO (2020, Junho). *Situation by WHO Region. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int/>
- ^cWHO (2020, Junho). *Pregnancy, childbirth and COVID-19*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-on-covid-19-pregnancy-and-childbirth>
- WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41 (10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- Wu Y, Zhang C, Liu H, Duan C, Li C, Fan J, Li H, Chen L, Xu H, Li X, Guo Y, Wang Y, Li X, Li J, Zhang T, You Y, Li H, Yang S, Tao X, Xu Y, Lao H... Huang H, (2020). Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women along with COVID-19 outbreak in China. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.009>
- Xavier, M. R. (2000). *Estatuto de risco das crianças expostas a substâncias ilícitas durante a gestação – as crianças que não podem dizer não...* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal.
- Yoshitake, N., Sun, Y., Sugawara, M. *et al.* QOL and sociodemographic factors among first-time parents in Japan: a multilevel analysis. *Qual Life Res* 25, 3147–3155 (2016). <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1352-0>

ANEXOS

Perceções de um grupo de grávidas sobre qualidade de vida e relação diádica antes e durante a gravidez

No âmbito da realização da minha dissertação de Mestrado (Mestrado em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde - Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa) estou a desenvolver um estudo (orientado pela Doutora Maria Raul Xavier) que conta com a participação de mulheres grávidas.

Objetivo: Conhecer as perceções das mulheres grávidas relativamente à qualidade de vida e relação diádica antes e durante a gravidez.

Se está GRÁVIDA e é PORTUGUESA, a sua colaboração neste estudo é muito importante para que possamos compreender a vivência psicológica da gravidez e para melhor acompanharmos as grávidas portuguesas neste desafio que é a transição para a parentalidade!

O preenchimento do questionário pode demorar aproximadamente até 15 minutos.

Benefícios:

Este estudo não pressupõe qualquer pagamento ou benefício pela sua participação. No entanto, o mesmo contribuirá para um maior conhecimento sobre o tema, potenciando a qualidade do acompanhamento disponibilizado a cada grávida.

Riscos de participação:

Não existirão riscos na sua participação. Os dados são TOTALMENTE anónimos! Queremos garantir a confidencialidade e privacidade das suas respostas pelo que NÃO SERÁ PEDIDO QUALQUER TIPO DE IDENTIFICAÇÃO (e.g., morada, contactos, nome...).

Confidencialidade:

Os dados recolhidos serão mantidos de forma confidencial, de acordo com a lei vigente. Tal como a investigadora responsável, todos os outros investigadores da equipa que tenham contacto com os dados, comprometem-se a garantir a privacidade, anonimato e confidencialidade dos mesmos.

Contactos:

Qualquer questão que tenha a colocar relativa ao estudo, poderá contactar através do seguinte email: estudogravidas@gmail.com

Declaro que tomei conhecimento e compreendi os termos de apresentação e participação da investigação, acima mencionados. Estou ciente de que os dados recolhidos apenas serão utilizados para fins de investigação, sendo sempre garantido o anonimato e a confidencialidade dos mesmos. Deste modo, consinto a participação no estudo, respondendo às questões propostas e permito que as informações por mim prestadas sejam utilizadas nesta investigação.

*Se prosseguir concorda com os termos e condições.

***Obrigatório**

**DADOS SÓCIO-
DEMOGRÁFICOS**

Por favor, responda a cada questão selecionando apenas uma resposta.
Não existem respostas certas nem erradas. Todas as perguntas com (*)
são de resposta obrigatória.

1. Idade *

2. Nacionalidade *

Marcar apenas uma oval.

Portuguesa

Outra

3. Se outra, qual?

4. Residência (Distrito) *

5. Estado Civil *

Marcar apenas uma oval.

Solteira

União de facto

Casada

Divorciada

Viúva

6. Vive Com *

Marcar apenas uma oval.

- Parceiro(a)
- Parceiro(a) e com outros filhos
- Sozinha
- Sozinha e com outros filhos
- Com pais
- Com pais e outros filhos
- Com irmãos
- Com irmãos e com outros filhos
- Outro

7. Escolaridade *

Marcar apenas uma oval.

- 1º Ciclo de Ensino Básico
- 2º Ciclo de Ensino Básico
- 3º Ciclo de Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

8. Situação Laboral Atual *

Marcar apenas uma oval.

- Nunca trabalhou
- Desempregada
- Reformada
- Atividade Doméstica
- Estudante
- A trabalhar

9. Profissão *

10. Vínculo Laboral *

Marcar apenas uma oval.

- Efetiva
- Contrato de Trabalho
- Trabalho Temporário

11. Fontes de Rendimento *

Marcar apenas uma oval.

- Salário Mensal
- Salário Quinzenal ou Diário
- Subsídios ou Pensões
- Honorários de profissão liberal
- Rendimentos pessoais/familiares

12. Considera que a situação económica do seu agregado familiar é adequada/favorável? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

13. Como é a sua habitação? *

Marcar apenas uma oval.

- Apartamento
- Moradia
- Outro

14. Se outro, qual?

15. As condições de habitabilidade são: *

Marcar apenas uma oval.

- Boas
 Razoáveis
 Más

16. Tem água canalizada? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

17. E esgotos? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

GRAVIDEZ E FILHOS

18. Número de gravidezes (sem contar com a gravidez atual): *

19. Tempo de gravidez (em semanas): *

20. Número de filhos (sem contar com a gravidez atual): *

21. Acompanhamento médico da gravidez: *

Marcar apenas uma oval.

- Centro de Saúde (Serviço de Saúde Pública)
- Médico Particular (Medicina Privada)
- Ambos

22. Esta gravidez foi planeada? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

23. Existiram gravidezes prévias não planeadas? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

24. Se sim, quantas?

EUROHIS-
QOL-8
(antes
desta
gravidez,
versão
para
estudo)

Instruções:

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida. Por favor responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida ANTES DESTA GRAVIDEZ.

Por favor, leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e selecione a opção, que lhe parecer a melhor resposta.

25. 1. *

Per favor, pense no período ANTES desta gravidez.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
Como avalia a sua qualidade de vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. 2. *

Per favor, pense no período ANTES desta gravidez.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
Até que ponto está satisfeita com a sua saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. 3. *

Per favor, pense no período ANTES desta gravidez.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Tem energia suficiente para a sua vida diária?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. 4. *

Per favor, pensa no período ANTES desta gravidez.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. 6. *

Per favor, pensa no período ANTES desta gravidez.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita nem insatisfeita	Satisfeita	Muito Satisfeita
Até que ponto está satisfeita com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. 6.

Per favor, pensa no período ANTES desta gravidez.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
Até que ponto está satisfeita consigo própria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. 7.

Por favor, pense no período ANTES desta gravidez.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
Até que ponto está satisfeita com as suas relações pessoais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. 8.

Por favor, pense no período ANTES desta gravidez.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
Até que ponto está satisfeita com as condições do lugar em que vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RDAS (antes desta gravidez, versão para estudo)

Muitas pessoas têm desentendimentos nos seus relacionamentos. Por favor, indique abaixo o grau de acordo entre si e o seu companheiro(a) para cada item, na lista que se segue. Selecione uma resposta.

33. 1. *

Por favor, pense no período ANTES desta gravidez.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sempre de acordo	Quase sempre de acordo	Ocasionalmente de acordo	Frequentemente em desacordo	Quase sempre em desacordo	Sem en desac
Assuntos de religião	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demonstração de afeto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomada de decisões importantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relações sexuais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Convencionalidade (comportamento dito correto ou socialmente apropriado)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Decisões de carreira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34. 2. *

Por favor, pense no período ANTES desta gravidez.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sempre	A maior parte do tempo	Mais vezes sim que não	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
Com que frequência discute ou considerou divórcio, separação ou término da relação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência se zanga com o seu companheiro(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguma vez lamentou ser casada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você e o seu companheiro(a) se irritam um ao outro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. 3. *

Por favor, pense no período ANTES desta gravidez.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Todos os dias	Quase todos os dias	Ocasionalmente	Muito poucas vezes	Nunca
Você e o seu companheiro(a) participam juntos em atividades fora da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. 4. *

Por favor, pense no período ANTES desta gravidez.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca	Menos de uma vez/mês	Uma ou duas vezes/mês	Uma ou duas vezes/semana	Uma vez/dia	Frequentemente
Têm uma troca estimulante de ideias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabalham num projeto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calmamente discutem algo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**EUROHIS-
QOL-8
(durante
esta
gravidez,
versão para
estudo)**

Instruções:

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida. Por favor responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida ANTES DESTA GRAVIDEZ.

Por favor, leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e selecione a opção, que lhe parecer a melhor resposta.

37. 1. *

Por favor, pense no período DURANTE esta gravidez.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
Como avalia a sua qualidade de vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

38. 2. *

Por favor, pense no período DURANTE esta gravidez.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
Até que ponto está satisfeita com a sua qualidade de vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39. 3. *

Por favor, pense no período DURANTE esta gravidez.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Tem energia suficiente para a sua vida diária?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40. 4. *

Por favor, pense no período DURANTE esta gravidez.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41. 6. *

Por favor, pense no período DURANTE esta gravidez.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita nem insatisfeita	Satisfeita	Muito Satisfeita
Até que ponto está satisfeita com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

42. 6.

Por favor, pense no período DURANTE esta gravidez.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
Até que ponto está satisfeita consigo própria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

43. 7.

Por favor, pense no período DURANTE esta gravidez.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
Até que ponto está satisfeita com as suas relações pessoais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

44. 8.

Por favor, pense no período DURANTE esta gravidez.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
Até que ponto está satisfeita com as condições do lugar em que vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RDAS (durante esta gravidez, versão para estudo)

Muitas pessoas têm desentendimentos nos seus relacionamentos. Por favor, indique abaixo o grau de acordo entre si e o seu companheiro(a) para cada item, na lista que se segue. Selecione uma resposta.

45. 1. *

Por favor, pense no período DURANTE esta gravidez.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sempre de acordo	Quase sempre de acordo	Ocasionalmente de acordo	Frequentemente em desacordo	Quase sempre em desacordo	Sem en desac
Assuntos de religião	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demonstração de afeto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomada de decisões importantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relações sexuais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Convencionalidade (comportamento dito correto ou socialmente apropriado)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Decisões de carreira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

46. 2. *

Por favor, pense no período DURANTE esta gravidez.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sempre	A maior parte do tempo	Mais vezes sim que não	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
Com que frequência discute ou considerou divórcio, separação ou término da relação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência se zanga com o seu companheiro(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguma vez lamentou ser casada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você e o seu companheiro(a) se irritam um ao outro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

47. 3. *

Por favor, pense no período DURANTE esta gravidez.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Todos os dias	Quase todos os dias	Ocasionalmente	Muito poucas vezes	Nunca
Você e o seu companheiro(a) participam juntos em atividades fora da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

48. 4. *

Por favor, pense no período DURANTE esta gravidez.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca	Menos de uma vez/mês	Uma ou duas vezes/mês	Uma ou duas vezes/semana	Uma vez/dia	Frequentemente
Têm uma troca estimulante de ideias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabalham num projeto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calmamente discutem algo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários