



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*GRAVIDEZ APÓS SUCESSO DE TÉCNICAS DE
PROCRIAÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA*

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Filipa de Andrade Oliveira Pinto Vieira

Porto, Julho 2015



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*GRAVIDEZ APÓS SUCESSO DE TÉCNICAS DE
PROCRIAÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA*

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Filipa de Andrade Oliveira Pinto Vieira

Trabalho efetuado sob a orientação de
Prof.^a Doutora Maria Raul Lobo Xavier

Porto, Julho 2015

Aos meus avós, por a conclusão desta etapa como um sonho e por depositarem em mim a confiança para a realizar

“Deus quer, o homem sonha, a obra nasce”

(Fernando Pessoa)

Agradecimentos

Em primeiro lugar, e de forma muito especial, um enorme obrigada à Prof^a Doutora Maria Raul Xavier, por ter acreditado em mim, por todo o incentivo, toda a motivação, todo o entusiasmo, todas as críticas construtivas e pela constante disponibilidade.

Aos meus pais, por me terem proporcionado esta aprendizagem, por terem sonhado comigo e por terem tornado o sonho possível. Por todo o apoio, toda a retaguarda e por nunca me deixarem desistir. Por serem um exemplo de força, determinação e casal que tenho como modelo.

Ao meu namorado, Anthony, pelo apoio incondicional, por aturar as minhas crises e inseguranças, por me fazer ver sempre o lado positivo, por acreditar sempre em mim e por nunca me ter deixado desistir. Por toda a paciência e carinho, em todas as alturas e por ser um lutador e um grande exemplo de vida.

À minha amiga, Mónica Valbom, pela sua força, críticas construtivas, por todo o seu apoio e amizade. Pela certeza de que começamos esta jornada universitária juntas, pela amizade que construímos e que levamos para a vida.

À minha colega e amiga Mónica Soares, por todo o tempo perdido comigo, por toda a disponibilidade, apoio e motivação.

À Prof^o Doutora Lurdes Veríssimo, por todo o cuidado, toda a compreensão, por ter acreditado em mim e ter tornado esta etapa possível.

Resumo

O principal objetivo do presente estudo é perceber a vivência da gravidez e explorar a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva num grupo de casais (homem e mulher) cuja gravidez resultou do recurso a técnicas de procriação medicamente assistida (PMA).

Os instrumentos utilizados para a recolha de dados foram, no caso das mulheres, a Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (EAGM), e no caso dos homens a Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Parentalidade (EAGP). A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) foi também utilizada para ambos os pais.

Os principais resultados mostram que existem diferenças significativas entre os participantes deste estudo e da população em geral em algumas subescalas dos instrumentos referentes às atitudes sobre a parentalidade (EAGM e EAGP). Relativamente às subescalas da HADS, em relação à depressão não foram encontrados sintomas depressivos, já em relação à subescala ansiedade, foi possível identificar dois participantes do sexo masculino e seis participantes do sexo feminino com sintomas ansiosos. Não se verificaram diferenças significativas em relação às subescalas da HADS entre mulheres e homens. Foram também encontradas correlações positivas entre algumas subescalas das atitudes sobre gravidez e a parentalidade (EAGM e EAGP) e as subescalas da HADS.

Palavras chave: Infertilidade, PMA, Ansiedade, Depressão, Atitudes sobre a Gravidez

Abstract

The main objective of this study is to understand the experience of pregnancy and explore the presence of anxious and depressive symptoms in a group of couples (man and woman) whose pregnancy resulted from the use of assisted reproductive techniques (PMA).

To evaluate these dimensions we used several scales. In the case of women, Attitudes Scale on Pregnancy and Maternity (EAGM) and, in case of men, the Scale of Attitudes about Pregnancy and Paternity (EAGP) were used. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used to assess both parents.

The main results show that exist statistically significant differences between the participants of this study and the general population concerning of some subscales of attitudes about pregnancy and parenting (EAGM and EAGP).

In The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in the depression subscale was not found depression symptoms, for the subscale anxiety, it was possible to identify two male participants and six female participants with anxiety symptoms. There were no significant differences in relation to the HADS subscales between women and men. They were also found positive correlations between some subscales of attitudes about pregnancy and parenting (EAGM and EAGP) and the subscales of the HADS.

Keywords: Infertility, PMA, Anxiety, Depression, Attitudes about Pregnancy

Índice

Introdução	1
Parte A - Enquadramento Teórico	
1. Infertilidade – Uma Realidade	4
1.1. Impacto na Mulher e no Homem.....	5
2. Procriação Medicamente Assistida.....	7
2.1. Vivência Psicológica face aos procedimentos de PMA.....	8
3. Conceito de gravidez e Vivência Psicológica da Gravidez.....	10
3.1. Sintomatologia Ansiosa e Depressiva durante a gravidez.....	14
4. Gravidez Pós PMA.....	16
Parte B – Estudo Empírico	
1. Objetivo Geral.....	18
1.1. Objetivos Específicos.....	18
2. Metodologia.....	20
2.1. Amostra.....	20
2.2. Instrumentos.....	21
2.2.1 Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalares (HADS).....	21
2.2.2 Escala de Atitudes da Gravidez e da Maternidade (EAGM).....	22
2.2.3 Escala de Atitudes da Gravidez e da Paternidade (EAGP).....	23
2.3. Procedimentos.....	24
2.3.1 Recolha de Dados.....	24
2.3.2 Análise de Dados.....	24
3. Resultados.....	25
4. Discussão.....	37
Conclusão.....	43
Bibliografia.....	47
Anexos.....	52

Lista de Abreviaturas

FEP-UCP – Faculdade de Educação e Psicologia - Universidade Católica Portuguesa

DGS – Direção Geral de Saúde

EAGM - Escala de Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade

EAGP - Escala de Atitudes sobre a Gravidez e Paternidade

FIV – Fertilização *in vitro*

HADS – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalares

HADS-A - Ansiedade

HADS-D – Depressão

IA – Inseminação Artificial

ICSI – Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides

OMS – Organização Mundial de Saúde

PMA – Procriação Medicamente Assistida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Lista de Tabelas

Tabela 1. Caraterização sociodemográfica dos casais

Tabela 2. Caraterização reprodutiva dos casais

Tabela 3. Resultados das sete escalas da Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade
– Valores de Z

Tabela 4. Resultados das oito escalas da Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade
– Valores de Z

Tabela 5. Resultados da Escala HADS em ambos os sexos tendo por base o ponto de corte sugerido

Tabela 6. Diferenças entre homens e mulheres a nível de sintomatologia ansiosa e depressiva (HADS)

Tabela 7. Correlações entre as diferentes subescalas da EAGM e HADS – Mulheres

Tabela 8. Correlações entre as diferentes subescalas da EAGP e HADS – Homens

Tabela 9. Diferenças entre mulheres com e sem ansiedade nas diferentes subescalas EAGM

Tabela. 10 Diferenças entre homens com e sem ansiedade nas diferentes subescalas EAGP

Anexos

Anexo 1- Consentimento informado

Anexo 2- Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (EAGM)

Anexo 3- Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade (EAGP)

Anexo 4- Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalares – HADS

Introdução

A presente dissertação enquadra-se no âmbito do Mestrado em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, sendo orientada pela Prof^a Doutora Maria Raul Lobo Xavier. A temática do presente estudo prende-se com a Vivência da Gravidez resultante de intervenção médica – Procriação Medicamente Assistida (PMA) num serviço de Medicina da Reprodução.

O objetivo principal deste trabalho destina-se a perceber a vivência psicológica da gravidez e explorar a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva quer no homem, quer na mulher, nas situações de gravidez com recurso a Técnicas de Reprodução Medicamente Assistida.

Na população nacional, a prevalência de infertilidade nos casais em idade fértil é de 15-20% o que corresponde a 500 mil casais, embora apenas cerca de 40% tentem ajuda especializada, e destes 40% apenas 25% procuram técnicas de PMA (e.g. Associação Portuguesa de Fertilidade, 2013; Direção Geral de Saúde, 2008; Afrodite, 2009)

Por outro lado, sabe-se que, na maioria dos casos, os dois membros do casal apresentam o diagnóstico de infertilidade, apesar de, normalmente, ser mais grave num do que no outro (e.g. Associação Portuguesa de Fertilidade, 2013; Direção Geral da Saúde, 2008; Afrodite, 2009).

Um diagnóstico de infertilidade na mulher causa dúvidas em relação ao seu sentido de identidade feminina, o que provoca sentimentos de fracasso, falta de controlo e baixa auto-estima (e.g. Cousineau & Domar, 2007), podendo desencadear ansiedade e medo em relação aos resultados dos tratamentos de PMA (e.g. Lepecka-Klusek et al., 2007). A iniciativa de procurar ajuda médica parte, normalmente, da mulher (Hardy & Makuch, 2002). Já no homem, a infertilidade, tende a relacionar-se maioritariamente com questões de virilidade e julgamento social como não ser capaz de dar continuidade ao nome e património da família (Gameiro, Silva e Canavarro, 2008), o que gera sentimentos de angústia e leva a níveis de ansiedade elevados, que em conjunto com o estigma sexual pode provocar episódios de impotência sexual (Consineu & Domar, 2007).

Os tratamentos de PMA podem ter um impacto igual ou superior ao diagnóstico de infertilidade (e.g. Reis, Xavier, Coelho & Montenegro, 2013). Os níveis de stress apresentam-se mais elevados nas mulheres do que nos homens, ao longo do tratamento, o que,

consequentemente, faz com que os sintomas de ansiedade e depressão sejam mais evidenciados pelas mulheres (e.g. Reis, Xavier, Coelho & Montenegro, 2013).

Apesar das crescentes evidências e discussões em torno do impacto da infertilidade e do recurso à PMA no funcionamento individual (sintomatologia depressiva, ansiosa) e relacional (e.g., impacto no ajustamento diádico) (e.g. Gameiro, Silva e Canavarro, 2008; Reis, Xavier, Coelho & Montenegro, 2013) pouco ainda foi discutido acerca destas repercussões quando a gravidez ocorre e durante o período em si. Pelo facto da gravidez ser bastante desejada e se assumir como de alto risco, a tensão e ansiedade típica das primeiras semanas de gestação tende a intensificar-se entre as grávidas que passaram por PMA (Santos & Ramos, 2010). Mesmo acarretando sentimentos e afetos positivos, alguns autores (e.g. Nordin, 2005, cit. in Borges, 2009) afirmam que a gravidez que segue um diagnóstico prévio de infertilidade tende a associar-se à depressão e à ansiedade. Em parte relacionados com a perda de identidade (tanto na mulher como no homem), estes sintomas, patentes durante todo o processo de tratamento, não têm probabilidade de remitir durante a gravidez e mesmo após o nascimento do bebé, podendo afetar assim a relação com o filho desejado (e.g. Borges, 2009).

Em primeiro lugar, se considerarmos somente à experiência de gravidez, esta promove diversos desafios e readaptações no funcionamento psicossocial. No que diz respeito à sua vivência psicológica na mulher, a gravidez consiste num momento de reestruturação na vida da mulher, bem como nos papéis que esta exerce. Durante este período a mulher passa a ser concomitantemente filha e mãe, tendo que reajustar a sua relação conjugal, as suas atividades profissionais e ainda a sua situação económica (e.g. Piccinini, Gomes, Nardin & Lopes, 2008). Entre outros desafios, é possível elencar a aceitação da gravidez; a ambivalência entre o desejo e o receio da gravidez; a aceitação do feto como uma entidade própria; a reavaliação da sua identidade enquanto futura mãe (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994; Xavier, 2000).

Ao longo dos últimos anos foi sendo progressivamente reconhecido um papel mais ativo na prestação de cuidados e no exercício da parentalidade por parte da figura paternal (e.g. Bertolini, 2002) o que influenciou a vivência psicológica da gravidez entre os homens. Por conseguinte, novas funções e novas responsabilidades foram lhes atribuídas, causando não raramente sentimentos de insegurança e inquietações. Assim, no caso do homem, ao longo da gravidez, pode também existir um aumento de sintomatologia ansiosa muito devido à reestruturação das suas funções no sistema familiar (e.g. Gameiro, Silva e Canavarro, 2008).

Em segundo lugar, para além dos desafios psicológicos que a gravidez em si potencia,

um processo prévio de PMA pode estimular e/ou reforçar desafios e dificuldades, sendo assim relevante analisar especificamente a experiência de gravidez pós PMA. Por exemplo, estudos anteriores (e.g. Gameiro, Canavarro & Soares, 2009; Gameiro, Moura-Ramos, Canavarro & Soares, 2010), que compararam mulheres que recorreram a PMA e mulheres que conceberam naturalmente, mostraram que as primeiras apresentam mais dificuldades de adaptação à experiência de gravidez.

Em acréscimo, mesmo internacionalmente, a análise dos significados e adaptação à experiência de gravidez pós PMA ainda não foi suficientemente discutida em relação aos homens (e.g. Bornholdt, Wagner & Sataudt, 2007). No âmbito nacional, os estudos orientados para a compreensão destas questões são ainda em menor número, estando também centrados maioritariamente na experiência de gravidez feminina (e.g. Gameiro, Moura-Ramos, Canavarro & Soares, 2010).

Face ao exposto, a presente dissertação foca-se na experiência da gravidez em casais que viveram a infertilidade e que passaram por tratamentos de PMA, explorando as suas características, a vivência psicológica e a sintomatologia psicológica (ansiedade e depressão) num grupo de casais (homens e mulheres) acompanhados numa unidade de saúde pública que integra um centro de PMA.

Parte A – Enquadramento Teórico

1. Infertilidade- Uma realidade

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Comissão Internacional para a Monitorização da Reprodução Medicamente Assistida (ICMART), em Dezembro de 2008, definiram, em reunião por unanimidade, a Infertilidade como “*uma doença do sistema reprodutivo traduzida na incapacidade de obter uma gravidez após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares e sem uso de contraceção*” (OMS, 2010). Segundo a Associação Portuguesa de Fertilidade embora na grande maioria a infertilidade advenha de problemas em ambos os membros do casal, estes são frequentemente mais graves na mulher (Associação Portuguesa de Fertilidade, 2013).

Apesar da problemática da infertilidade ter existido desde sempre, o contexto social e histórico da escolha reprodutiva tem sofrido grandes alterações ao longo do último século, tornando-se mais complexa para os casais quer em termos médicos, sociais, culturais e psicológicos (Burns, 2006).

Um diagnóstico de infertilidade é frustrante para um casal que pretende seguir para a próxima fase da vida matrimonial e familiar (ter um filho) bem como para o resto da família. Neste sentido, a infertilidade é considerada uma crise do desenvolvimento familiar intergeracional que impede os indivíduos de avançarem pelos estágios do ciclo de vida (Daly, Kerry J., 1999).

O principal fator associado ao crescente aumento da infertilidade nas últimas décadas é a tendência para adiar a parentalidade por parte dos casais (Cosineau & Domar, 2007). No entanto, também fatores como o aumento da prevalência das infeções de transmissão sexual, o sedentarismo, a obesidade, o consumo de tabaco e do álcool e a poluição, o nível socioeconómico, a atividade profissional, a frequência das relações sexuais, a utilização de métodos contraceptivos, a qualidade da assistência de saúde, e as condições ambientais, designadamente a exposição a substâncias tóxicas na alimentação e/ou no ambiente, são descritos como tendo implicações (e.g. Barros, 2011; Faria, 2001; Silva, 2011).

A dificuldade do casal em engravidar não significa que este seja estéril, mas somente infértil, ou seja, que apresenta uma capacidade diminuta de conceber de forma natural. Após os 12 meses sem engravidar, o casal deve procurar ajuda médica no sentido de resolver o problema, sendo a mulher, na maioria dos casos, a tomar a iniciativa de procurar ajuda (Hardy & Makuch, 2002). A nível mundial estima-se que a infertilidade atinja entre 10 a 15% dos

casais em idade fértil, sendo que em Portugal, de acordo com a Associação Portuguesa de Infertilidade (API), estima-se que esta percentagem seja entre 15 a 20%. Nestes casos recorre-se então ao processo de Procriação Medicamente Assistida (e.g. DGS, 2008; Gameiro, Silva & Canavarro, 2008).

A este nível a ciência depara-se com diversos desafios aquando a reprodução não seja exequível ao nível biológico. Nestes casos, torna-se necessário descobrir e identificar as causas da infertilidade e o seu tratamento assim como o desenvolvimento de procedimentos e técnicas que possibilitem aos casais inférteis engravidarem (Gameiro, Silva & Canavarro, 2008). O êxito desta abordagem depende de muitos fatores, tais como a produção e a libertação de espermatozoides viáveis e em número suficiente, a produção e libertação de ovócitos II viáveis, a capacidade dos espermatozoides fecundarem os ovócitos II nos ovidutos e ainda o endométrio estar propício à nidação (fixação do óvulo fecundado no útero) (e.g. Associação Portuguesa de Fertilidade, 2013).

A infertilidade pode ter origens no homem e/ou na mulher, total ou parcial. As suas causas são diversas sendo as mais comuns disfunções de ovulação e obstrução das trompas de Falópio (na mulher) e anomalias da quantidade, mobilidade e forma dos espermatozoides (no homem) (e.g. Fisher, 2009). Segundo a Associação Portuguesa de Fertilidade embora na grande maioria a infertilidade advenha de problemas em ambos os membros do casal estes são frequentemente mais graves na mulher. (Associação Portuguesa de Fertilidade, 2013).

A infertilidade é considerada primária, se o casal nunca conseguiu uma gravidez, e secundária se, pelo menos um dos membros do casal já a obteve, subfecundação, que é quando o casal tem a capacidade de engravidar mas não consegue levar a gravidez a termo (Fisher, 2009).

1.1. Impacto na mulher e no homem

A infertilidade deve ser encarada como um problema do casal, apesar de não ser sinónimo de ambos serem afetados e/ou reagirem da mesma forma (Moura-Ramos, Gameiro, & Canavarro, 2006).

Um diagnóstico de infertilidade na mulher, faz com que esta questione o seu sentido de identidade feminina, provocando sentimentos de fracasso, falta de controlo e baixa auto-estima (e.g. Cousineau & Domar, 2007). Já no homem, a infertilidade, tende a relacionar-se maioritariamente com questões de virilidade e “estigma social”, como não ser capaz de dar continuidade ao nome e património da família. (Cousineau & Domar, 2007). Estes autores

consideram que para lidarem com a infertilidade, os homens envolvem-se mais no trabalho e em outras atividades (Consineau & Domar, 2007).

Quando a infertilidade é de causa masculina o seu impacto é maior para ambos os membros do que quando é feminina ou idiopática (Mikulincer, Horesh, Levy-Shiff, Manovich, & Shalec, 1998, cit. in Gameiro, Silva & Canavarro, 2008). Os homens com diagnóstico de infertilidade apresentam também, valores mais elevados de culpa, medo e tristeza, enquanto as suas mulheres/companheiras apresentam valores mais elevados de ansiedade (Moura-Ramos, Gameiro, & Canavarro, 2007).

Também Faramarzi e colaboradores (2008) verificaram que a infertilidade é, por vezes, acompanhada por vulnerabilidades emocionais, como a depressão, ansiedade, problemas interpessoais, raiva reprimida, frustração, sentimentos de inferioridade e sentimentos de culpa. Segundo os mesmos autores, os pacientes com infertilidade experienciam sintomas psicopatológicos idênticos ao de pacientes com dor crónica, como cancro ou problemas cardíacos.

De acordo com Consineau e Domar (2007) os homens adaptam-se a um estilo de vida sem filhos mais facilmente do que as mulheres, apesar de muitos reprimirem as suas emoções para apoiar as suas mulheres/companheiras, o que, em alguns casos, pode resultar em ansiedade reprimida ligada à infertilidade. Esta ansiedade, no homem, está relacionada com sentimentos de angústia, que pode levar a uma baixa autoestima e a elevados níveis de ansiedade, o que, juntamente com o estigma sexual pode provocar episódios de impotência (Consineau & Domar, 2007). Alguns autores afirmam que a infertilidade é um processo onde os sintomas de depressão e de ansiedade, relacionados com a ameaça de vida se devem à experiência de perda, estes sintomas não desaparecem mesmo após o nascimento do bebé, afetando assim a relação com o filho desejado (Borges, 2009).

A infertilidade é, do ponto de vista médico, das raras situações em que cada membro do casal integra uma “unidade infértil” e é esta unidade que deve ser estudada e tratada, independentemente de se tratar de um problema associado ao homem ou à mulher; cada um dos elementos do casal deve ser alvo de um estudo aprofundado (Barros, 2011).

2. Procriação Medicamente Assistida

Como forma de contornar os casos de infertilidade já referidos, em Portugal (como em vários outros países) há uma prestação de cuidados que está integrada em saúde reprodutiva que se enquadra numa abordagem clínica e de orientação dos casais que apresentam dificuldades em conseguir engravidar (DGS, 2008)

As técnicas de PMA disponíveis são diversas e têm finalidades diferentes, de acordo com o problema de infertilidade. Estas técnicas têm evoluído nas últimas décadas, sempre com a finalidade de ajudar os casais inférteis a conceber um filho (Gameiro, Silva & Canavarro, 2008).

Neste processo, a mulher tem de realizar alguns exames, como a ecografia vaginal ou a histerossalpinografia,. Este exame engloba, primeiramente, uma radiografia simples e depois uma injeção de contraste no útero (e.g. Traina, Mattar, Moron, Neto & Matheus, 2004) e permite avaliar a permeabilidade tubária (que é fundamental na investigação de casais inférteis, uma vez que o fator tubário pode representar entre 20 a 35% das causas de infertilidade) (Almeida, 2000). O homem também necessita de realizar alguns exames, nomeadamente um espermograma, que tem como finalidade analisar o volume do esperma, bem como a viscosidade e a cor, avaliar o número de espermatozóides e a mortalidade dos mesmos. Este exame engloba ainda uma avaliação morfológica dos espermatozoides, percebendo, assim, se este se encontra normal (DGS, 2008).

As técnicas utilizadas na PMA são variadas. Por exemplo, a Inseminação Artificial (IA) intraconjugal, em que o esperma é colhido no próprio dia através de masturbação e os espermatozoides considerados de melhor qualidade são introduzidos no útero da mulher. A mulher pode ir para casa após alguns minutos de repouso e fazer a sua vida normal, tendo em atenção evitar grandes esforços. Uma outra técnica, talvez das mais faladas, é a fertilização *in vitro* (FIV), que se caracteriza por recolher os ovócitos da mulher, fertilizá-los em laboratório e, após dois a cinco dias, transferi-los para o útero de 1, 2 ou, no máximo, 3 embriões (consoante as leis e/ou indicações de cada país e/ou centro de PMA). Para realizar uma FIV é preciso existir crescimento folicular que é conseguido através de uma hiperestimulação dos ovócitos, que faz com que cresçam vários folículos em cada ovário. Após o crescimento dos folículos segue-se uma ecografia transvaginal e quando estes amadurecem realiza-se a colheita, que é feita pela punção dos folículos por via transvaginal. O marido/companheiro da faz a colheita do esperma no dia da punção folicular. Os embriões são transferidos após a fertilização que é realizada em laboratório.

Existe ainda a técnica de microinjeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI) na qual se injeta um único espermatozóide dentro do ovócito. A colheita de ovócitos e a indução da ovulação são idênticas quer para a FIV quer para a ICSI. Os únicos ovócitos injetados são os maduros uma vez que são os únicos fecundáveis. O recurso a este tratamento acontece apenas em algumas situações, como quando o número de espermatozoides é muito baixo, nos casos em que foi realizada uma biopsia testicular para colheita de esperma, nos casos em que exista esperma congelado, ou quando a FIV não é bem sucedida. Sempre que se realiza um tratamento há a possibilidade de se fazer a criopreservação de embriões, para evitar que as mulheres se sujeitem a procedimentos desnecessários, e no caso do homem, a criopreservação do esperma.

Um dos fatores que determina a taxa de sucesso da PMA, é a idade da mulher, uma vez que a fertilidade diminui para metade entre os 30 e os 35 anos de idade, e para um terço entre os 35 e os 40 anos de idade (Santos & Moura-Ramos, 2010).

2.1. Vivência Psicológica face aos procedimentos de PMA

Apesar de todas estas técnicas que ajudam o casal na dimensão fisiológica é necessário ter em atenção a dimensão psicológica associada a momentos específicos do processo (ESHRE, 2015). Por exemplo como afirmam Santos e Ramos (2010), o momento do conhecimento dos resultados de gravidez, é considerado o momento mais difícil de todo o processo de PMA, sendo encarado com grande ansiedade. Como nem todos os casos são bem-sucedidos, na infertilidade cada insucesso é vivido como a perda de um objetivo futuro, com impacto na vida e na identidade pessoal do indivíduo, nos projetos da relação conjugal assim como nos seus objetivos de vida. (e.g. Fisher, 2009)

Os tratamentos de PMA podem ter um impacto na vida do casal tal como o diagnóstico de infertilidade. Nos casais que experienciam os tratamentos de infertilidade, existe uma história de longos anos de esforços, sonhos e desejos (e.g. Lepecka-Klusek & Jakiel, 2007; Silva & Lopes, 2009). Em muitas situações os casais acabam por se submeter a vários tratamentos devido aos insucessos constantes. Todos os procedimentos dos tratamentos, como por exemplo as injeções, os exames de sangue, a expectativa para saber se os óvulos foram fertilizados são considerados como sendo muito exigentes, mais ao nível psicológico do que ao nível físico. Quando há uma menstruação ou o teste de gravidez dá negativo provoca sentimentos de tristeza, desespero e sentimentos de perda de controlo (Fisher 2009).

Diversos estudos realizados (e.g. Kovacs, MacLachlan & Brehny, 2001) demonstraram que ao fim de dois anos de tratamento sem sucesso, de gravidez mal sucedida, o *stress* atinge níveis muito elevados que podem desencadear uma depressão crónica ou grave (Fisher, 2009). As mulheres ao longo do tratamento mostram níveis mais elevados de stress do que os homens, e conseqüentemente, também as mulheres, apresentam mais queixas de depressão e ansiedade (e.g. Reis, Xavier, Coelho & Montenegro, 2013).

De acordo com estes autores (Reis, Xavier, Coelho & Montenegro, 2013) e num estudo realizado em Portugal, casais que fazem tratamento de PMA pela primeira vez apresentam níveis mais elevados de ansiedade comparativamente com casais que se encontram a repetir os tratamentos. Quanto à sintomatologia depressiva, no mesmo estudo, foram encontrados resultados mais elevados nos casais que se encontram a repetir os tratamentos (Reis, Xavier, Coelho & Montenegro, 2013).

Num estudo de Cousineau e Domar (2007) as autoras relataram que aproximadamente 13% das mulheres com um insucesso, num tratamento de PMA, revelaram sentimentos suicidas. As referidas autoras mencionaram que, em outros estudos realizados, em que foram comparadas mulheres inférteis com mulheres em idade fértil, em consulta de rotina de ginecologia, as mulheres inférteis apresentam níveis mais elevados de episódios de depressão major. Quando mulheres inférteis foram comparadas com mulheres com dor crónica, cancro, hipertensão, ou outras doenças, os seus níveis de depressão e ansiedade eram indistinguíveis (Cousineau & Domar, 2007).

Alguns autores realizaram pesquisas sobre o estado psicológico dos casais que se submetem a uma fertilização *in vitro* (FIV), concluindo que o tratamento por si só pode provocar ansiedade e sintomas depressivos, que são considerados uma resposta normal na vida de um casal infértil (e.g. Volgsten et al. 2008).

Fisher (2009) afirma que no início do tratamento ocorre uma diminuição de sintomas, podendo a intensidade do sofrimento variar ao longo do curso do tratamento. Embora no início do tratamento os casais se sintam otimistas, estas expectativas são desajustadas, pois as mulheres têm expectativas altas e irrealistas do provável sucesso do tratamento (Fisher, 2009).

3. Conceito de Gravidez e Vivência Psicológica da Gravidez

A gravidez é o período de gestação que decorre entre a fecundação e o parto e que engloba diversas alterações biológicas, psicológicas e sociais que afetam tanto a mulher como o homem, de forma a prepará-los para a parentalidade (e.g. Figueiredo, 2000; Batista, Dahen & Torres, 2006).

Enquanto fenómeno biológico trata-se de um acontecimento fisiológico que é vivido intensamente pela mulher em particular. Constitui o resultado da junção de duas células reprodutivas humanas, o óvulo e o espermatozoide, que produzirá um ovo fecundado e que posteriormente originará um embrião. Este, irá desenvolver-se ao longo de nove meses e o feto dará lugar a um bebé.

Segundo Justo (2000) a gravidez implica, sob o ponto de vista psicológico, ajustamentos e recursos a mecanismos adaptativos à própria situação (e.g. Justo, 2000; Xavier, 2000). Neste sentido é necessário a mulher adaptar-se, enquanto ser humano, quer do ponto de vista físico quer do ponto de vista psicossocial, ao período da gravidez. Por um lado, no seu espaço intrapessoal, no qual se delineiam as suas ansiedades e expectativas e, por outro, no seu espaço interpessoal, onde são definidas novas representações sociais, novas expectativas e atitudes (Gomes Pedro, 1985). Neste contexto, a gravidez constitui então, uma das fases determinantes da identidade de género da mulher. “A gravidez é vivida por cada mulher como uma caminhada, um acontecimento único em que o presente e o imaginário se interligam. Traduz-se no todo que é o comportamento da mulher que espera um filho, envolvendo as suas expectativas e atitudes” (Xavier, Pimentel & Teles, 2004, p.36).

Nos três primeiros meses, a mulher suspeita que está grávida ou confirma a sua gravidez. Ao nível fisiológico ocorrem diversas alterações nomeadamente o cansaço, e o sono como consequência do efeito da progesterona na depressão dos centros nervosos centrais. Algumas grávidas têm também náuseas e vómitos. No final deste trimestre, a pressão do útero exercida sobre a bexiga, relacionada com o efeito diurético da progesterona pode causar a necessidade, cada vez mais frequente, de micções (e.g. Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 1999; Martins, 2003; Portelinha, 2003).

No segundo trimestre a grávida sente uma necessidade maior de descansar e de dormir. Simultaneamente ocorre, com frequência, a sensação dos músculos das pernas presos e problemas dentários causados pela diminuição do cálcio que é absorvido pelo feto (Burroughs, 1995; Somigic, 2000). É ainda neste período que a mulher se consciencializa que existe um bebé a crescer no interior do seu corpo, embora separado dela. É uma época calma

mas podem existir algumas preocupações com o futuro, o que poderá vir a acontecer, e com as alterações hormonais (Rynerson & Lowdermilk, 1996).

No terceiro, e último semestre de gravidez, o volumoso abdômen provoca desconforto e incômodo; há uma compressão do diafragma (que origina dificuldades ao nível da respiração) e do estômago, que causa sensações de enfiamento. Existe um agravamento da obstipação, assim como de dores de coluna e dos membros inferiores, podendo estas últimas causar hérnias discas e varizes. As contrações uterinas, denominadas por Braxton-Hicks, também surgem com maior frequência (Somigic, 2000).

Ao nível emocional este é um período fundamental, pois a mulher está ansiosa relativamente ao parto. Como afirma Burroughs (1995), é essencial que neste período a grávida afa de auxílios e atenções adicionais. O apoio da família e do pai do bebé é fundamental para o bem-estar psicológico da grávida que se sente cada vez mais ansiosa quanto ao parto (Colman & Colman, 1994). É também importante que os pais encarem o bebé como uma pessoa separada da mãe e aceitem a separação física imposta pelo corte do cordão umbilical (Colman & Colman, 1994).

A gravidez deve constituir um momento de partilha entre ambos os pais que devem exprimir as suas preocupações, os seus sentimentos relativamente a este período, bem como um período de valorização e de apoio mútuo (Canavarro, 2001; Martins 2003). Para os pais que têm outros filhos, estes devem “reavaliar e estruturar a relação com o(s) outro(s) filho(s) sendo necessário integrar a ideia de mais um filho como pessoa separada, não incorporado à identidade de outros filhos mas simultaneamente, ajuda-los para a chegada do novo ser” (Martins, 2003, p. 28).

A nível psicológico, o primeiro trimestre de gravidez corresponde a um período de aceitação e adaptação da gravidez pelo casal. A mulher grávida encontra-se numa situação em que tem de lidar com diversas questões, tais como a aceitação do desenvolvimento de uma nova identidade dentro de si, mas também da sua identidade como mãe, da identidade do companheiro como pai, e a dos seus pais como avós (Colman & Colman, 2004) iniciando aquilo que estes autores apresentaram como tarefas desenvolvimentais da gravidez.

A nível individual, torna-se importante, tanto para a mulher como para o homem, rever os papéis de relacionamento e vinculação da sua infância e os modelos de interação com os seus próprios pais, de forma a poder reorganizá-los num novo modelo de parentalidade. Também o casal e a família necessitam de ajustar-se, para que seja possível uma preparação conjunta durante a gravidez para a tarefa de cuidar do bebé e adaptar-se às novas modalidades e padrões de relacionamento (e.g. Relvas, 2001). A espera de um bebé modifica a mulher a

nível físico (corporal e hormonal), mas também o seu estilo de vida e a vida de todos na família. Além disso, o nascimento de um bebé provoca várias readaptações na família, uma vez que o recém-nascido coloca, constantemente, exigências aos pais (e irmãos) que têm de se familiarizar com os seus padrões de sono, alimentação e atividade (Bornstein, 1995, Relvas, 2000).

Dadas as profundas alterações e adaptações que este período requer na vida da mulher, homem e da família, vários autores consideram-no como um momento que envolve uma crise desenvolvimental ou maturacional (Colman & Colman, 1994; Cordeiro, 1986; Justo, 2002; Relvas, 2001). De um ponto de vista desenvolvimental, os momentos de crise são etapas marcantes do ciclo de vida, que envolvem a resolução de tarefas desenvolvimentais específicas, e que podem permitir o crescimento psicossocial, mas também são cruciais no aparecimento de vulnerabilidades emocionais (Canavarro, 2001).

Deste modo, a gravidez e a maternidade podem ser encaradas como um período de desenvolvimento (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994; Figueiredo, 2000), constituído pela resolução de tarefas singulares e pela vivência de uma crise própria.

A relação da mãe com o seu filho tem o seu início no período pré-natal, particularmente através das expectativas da mãe e da interação que estabelece com o bebé. As expectativas da mãe provêm do seu mundo interno, das suas relações passadas e das suas necessidades conscientes e inconscientes concernentes ao seu bebé, assim um aspeto positivo é o facto de a mãe começar a encarar o filho como um ser humano, investido de desejos e fantasias (Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004). Ao longo da gravidez a mulher vivencia diversas experiências e depara-se com alguns desafios nomeadamente a aceitação do facto que está grávida, a ambivalência entre o desejo e o receio da gravidez; a aceitação do feto como uma entidade própria; a reavaliação da sua relação conjugal e por último a reavaliação da sua identidade enquanto futura mãe (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994; Xavier, 2000).

Relativamente ao homem, uma vez que, na sociedade atual os pais estão muito mais envolvidos e têm um papel mais ativo no cuidado e na criação dos filhos, esta nova identidade e os novos papéis que este desempenha, exigem no homem a execução de novas funções e novas responsabilidades, propiciando-lhe por vezes sentimentos de insegurança e inquietações (DGS, 2005). Para Sevil e colaboradores (2009) o pai tem um papel ativo no sentido da manutenção ou aumento de tarefas domésticas, atividades sociais e comunitárias, cuidados pessoais, atividades profissionais e educacionais, entre outras. Durante todo o processo espera-se que o homem cumpra as suas responsabilidades enquanto pai, e que mantenha as

suas atividades passadas, integrando com os seus novos e acumulados papéis (e.g. McVeigh, 2001). Torna-se, assim, necessário que o homem se adapte aos seus múltiplos papéis, às suas atividades de modo a reservar tempo para o bebé. Diversas investigações realizadas concluíram que a preparação para a paternidade tem um impacto positivo na saúde da mãe, do bebé e da família (Anderson, 1996; McVeigh, 2001).

É um facto que a vivência da gravidez por parte do homem difere da vivência da gravidez por parte da mulher, sendo somente a mulher a sentir o filho a crescer dentro do seu corpo. Alguns autores (Maldonado, Dickstein & Nahoum, 1997) referem que os pais não conseguem criar um vínculo sólido com o seu bebé por não o carregarem durante nove meses no ventre. Contudo, outros autores defendem que os preparativos para a chegada do bebé, o apoio emocional à mãe (Piccinini, Siva, Gonçalves & Lopes, 2004), contribuem para o vínculo com o bebé (Conde & Figueiredo, 2007).

Oliveira e Brito (2009) declaram que durante o período da gravidez o homem exprime-se por atitudes, comportamentos e sentimentos enquanto cuida da mulher e do filho através do envolvimento afetivo. Alguns autores (e.g. Bornholdt, Wagner & Staudt, 2007) mencionam outros aspetos tais como a exaustão e a falta de espaço que muitas vezes os pais sentem por não conseguirem expressar as suas angústias e expectativas em relação ao filho que vai nascer.

Um estudo realizado por Silva e Silva (2009) concluiu que os pais aludem à adaptação, à chegada do novo membro à família, às representações sobre o bebé e às dúvidas sobre que tipo de pais irão ser para os seus bebés. Neste estudo são identificadas mudanças na vida, relacionadas com as alterações na rotina diária e nos relacionamentos familiares. Ao longo da gravidez existem momentos de dúvidas, de expectativas, de desequilíbrio e outros de superação e a afetividade encontra-se ligada a respostas adaptativas dos pais.

Neste sentido, a transição para a parentalidade é considerada como uma das transições mais desafiadoras a nível familiar, uma vez que suscita mudanças a vários níveis na vida dos futuros pais (e.g. Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994), quer a nível individual, como a nível conjugal e familiar (e.g. Figueiredo, Pacheco, Costa & Magarinho, 2006; Relvas, 2000; Colman & Colman, 1994).

3.1. Sintomatologia Ansiosa e Depressiva durante a gravidez

Segundo, por exemplo, Nascimento (2003), muitas mulheres durante a gravidez apresentam sinais de depressão, por vezes disfarçados e confundidos com a sensibilidade e fragilidade própria da gravidez. Ao longo do período da gravidez e relativamente às alterações psicológicas, podem surgir sintomas de ansiedade na mulher, caracterizados por um estado de insatisfação, insegurança, incerteza, medo da experiência desconhecida (Batista, Dahan & Torres, 2006). Sendo a gravidez um período dominado por diversas transformações, estas contribuem para que durante este processo se inicie ou prolongue o aparecimento de uma possível sintomatologia ansiosa e depressiva.

As primeiras investigações sobre a prevalência de sintomatologia ansiosa e depressiva na gravidez foram realizadas exclusivamente no género feminino, tendo em consideração um maior interesse na ocorrência de uma possível depressão pós-parto e na ansiedade durante a gravidez (Figueiredo, 2001). Investigações recentes demonstraram que a sintomatologia psicopatológica é mais elevada na gravidez do que no período do pós-parto (Anderson, Sundström-Poroma, Wulff, Aström, Bix, 2006; Chong, Chui, Lee, Sze, Lam & Fong, 2007).

Um estudo realizado por Van den Berg (2006) concluiu que, quanto às 324 mulheres grávidas (avaliadas antes, durante e após o parto) e às 324 mulheres não grávidas, não existia diferenças nas médias, prevalência e incidência de desordens mentais entre grupos de estudo e controle. Contudo, alguns estudos demonstraram que a depressão era mais comum após o parto do que na gravidez (Bromet & Cornely, 1984; O'Hara, Neunaber, & Zekoski, 1984), no entanto, outros estudos obtiveram resultados opostos (Ballinger, 1987; Fleming, Ruble, Flett, & Wagner, 1990). Todavia, todos eles revelaram que a sintomatologia ansiosa é mais frequente na gravidez do que após o parto (Cox, 1979; Elliot, Rugg, Watson, & Brough, 1983; Jinadu & Daramola, 1990).

A correlação entre estas duas psicopatologias, depressão e ansiedade, foi objeto de investigação em vários países. No estudo efetuado por Lee e colaboradores (2007) numa amostra de 357 mulheres grávidas, avaliadas no 3º trimestre até às 6 semanas após o parto, verificou-se que 54% e 37.1% das mulheres tiveram ansiedade pré-natal e sintomas depressivos, em pelo menos uma das avaliações realizadas durante a gravidez, sendo a prevalência da ansiedade sempre superior à da depressão. Num estudo transversal de Breitkopf e colaboradores (Breitkopf, Berenson, Levine, Primeau, Oslon e Wu, 2006) onde

foram comparadas mulheres grávidas (24-36 semanas), a mulheres não grávidas e mulheres no pós-parto (2-8 semanas), de baixo estatuto socioeconómico conclui-se que embora a ansiedade e depressão sejam constantes na gravidez, as mulheres grávidas ou puérperas não se encontram em maior risco do que aquelas que não estão grávidas ou que não tiveram os filhos.

De acordo com Torres (2006) é no terceiro trimestre de gestação que se verifica um aumento da ansiedade, pois as contrações uterinas elevam-se, podem ocorrer dificuldades digestivas, pressão dos órgãos internos abdominais, assim como um cansaço mais constante. Como fatores de risco para os níveis elevados de ansiedade na gravidez evidencia-se os fatores: demográficos, obstétricos, psicológicos, psicossociais, e os fatores culturais (Conde & Figueiredo, 2003). Este aumento verifica-se também nos pais e não só nas mulheres grávidas, verificando-se um decréscimo da gravidez para o período pós-parto (Buist, Morse, & Durkin, 2003 cit. in. Conde & Figueiredo 2007).

Ao nível das alterações psicológicas, no caso do homem, também existe um aumento de sintomatologia ansiosa devido ao ajustamento necessário para a paternidade. O estado de sintomatologia psicológica no homem pode ser caracterizado por “Síndrome de Couvade”, (e.g. Brennan, Ayers, Ahmed & Marshall-Lucette, 2007) o qual afeta os pais durante a gravidez com uma diminuição dos sintomas no período pós parto, embora estes possam surgir em qualquer altura até ao nascimento (Gomez, Leal & Figueiredo, 2002; Buist, Morse, & Durkin, 2003 cit. in. Conde & Figueiredo 2007). Não é exclusivo em homens com primeiros filhos, afeta também homens com filhos anteriores (Sousa Ferreira, Leal & Maroco, 2010). Esta síndrome ocorre em todos os países industrializados e é um fenómeno global.

Ayes e colaboradores (2007) declaram que o aumento dos níveis de ansiedade paternos durante a gravidez dependem de vários elementos, como por exemplo o passar de uma relação a dois (conjugal) para uma relação a três.

Quanto à depressão, no caso do homem, esta pode ter efeitos negativos no estado de humor da mãe, durante a gravidez e assim ter efeitos negativos embora indiretos no desenvolvimento fetal e no resultado neonatal (Field, Diego, Hernandez- Reif, Figueiredo, Deeds, Contogeorgos & Ascencio, 2006).

Num estudo efetuado, Matthey, Barnett, Ungerer e Waters (2001) avaliaram os casais às 20-24 semanas de gravidez relativamente à sua saúde mental através do Beck Depression Inventory (BDI), onde se verificou que os homens revelaram sintomas de depressão de 5.3%, inferiores aos das mulheres (12.3%).

4. Gravidez pós PMA

Em alguns estudos comparativos entre mulheres que recorreram a PMA e mulheres que conceberam naturalmente, verificou-se uma maior dificuldade na adaptação à gravidez nas primeiras (Gameiro, Canavarro & Soares, 2009; Gameiro, Moura-Ramos, Canavarro & Soares, 2010). Este fato pode ser explicado uma vez que, mesmo se o tratamento resultar numa gravidez bem sucedida, isso não é garantia de que as mulheres terão facilidade em se adaptar ao seu novo estado pois mesmo enquanto grávidas, elas são consideradas doentes com gestações de alto risco.

Estas gravidezes têm início de uma forma bastante distinta das de concepção natural. A concepção acontece num ambiente artificial, colocando os pais num papel passivo; a equipa médica é quem adquire um papel ativo e fulcral, tornando-se, assim, num terceiro elemento que entra na vida íntima do casal (Ehrensaft, 2012; Gonçalves, 2008; Miranda et al., 2006). Neste sentido, a gravidez conseguida pode trazer alegria, mas os longos períodos de espera e a falta de confiança na eficácia da PMA podem também desencadear ansiedade e medo em relação aos seus resultados (Lepecka-Klusek et al., 2007).

Cohen e colaboradores (Cohen, McMahon, Tennant, Saunders e Leslie 2000), aferiram que, os homens cujas companheiras engravidaram após a realização de PMA, apresentaram níveis superiores de ansiedade, comparativamente aos homens cujas companheiras conceberam uma gravidez sem a realização de PMA. Um estudo de Collins e colaboradores (2003) verificaram que os homens com história de infertilidade revelaram índices de maior ansiedade somática do que os homens que não apresentavam infertilidade. Almqvist e colaboradores (Almqvist, Punamaki Repokari, Roikkeus, Sinkkonen, Tiitinen, Tulppala Unkila-Kallio e Vilska, 2005) por sua vez, referem que os homens que cujas companheiras engravidaram após a realização de PMA apresentam níveis inferiores de ansiedade. Naaktgeboren, Trimbos-Kemper & Van Balen (2001) são outros autores que confirmaram que os homens durante a gravidez e após a realização de PMA, apresentavam níveis inferiores de depressão, vivenciando a gravidez como sendo mais stressante (Naaktgeboren, Trimbos-Kemper & Van Balen, 2001).

Beaurepaire e colaboradores (Beaurepaire, Douglas, McMahon, Tennant e Ungerer, 1997) aferiram que, grávidas, após PMA, apresentavam maiores níveis de ansiedade comparativamente com grávidas sem história de infertilidade, sendo que estes níveis de ansiedade dependeriam do número de tratamentos realizados. Newton (1990) refere existirem

maiores níveis de ansiedade depois dos tratamentos. Contrariamente aos estudos anteriores, Hammarberg, Fisher e Wynter (2008) referem não existir diferenças quanto à ansiedade entre grávidas após PMA e grávidas da população em geral. A ansiedade é um dos importantes preditores do sucesso das PMA (Eugester, Vingerhoets, 1999).

Num estudo efetuado por Berenson e colaboradores (2006), conclui-se que após uma comparação entre mulheres grávidas após PMA (24-36 semanas), com mulheres não grávidas e mulheres pós parto de baixo nível socioeconómico, verificou-se que os níveis de ansiedade são significativamente mais baixos nas mulheres de pós-parto (Berenson, Breitkopf, Primeau, Levine, Oslon & Wu, 2006).

Assim que a gravidez é confirmada, a mulher vivencia as primeiras semanas de gestação com alguma tensão e ansiedade, pelo medo de perder o bebé. Embora este receio esteja presente em qualquer grávida, nas grávidas de PMA é ainda mais evidente pois esta é uma gravidez muito ansiada, pela dificuldade que os casais sentiram em alcançá-la (Santos & Ramos, 2010).

Apesar das discussões em torno do impacto da infertilidade e do recurso à PMA no funcionamento individual (sintomatologia depressiva, ansiosa) e relacional (e.g., impacto no ajustamento diádico) serem cada vez mais evidentes (e.g. Reis, Xavier, Coelho & Montenegro, 2013; Gameiro, Silva e Canavarro, 2008) ainda pouco se sabe sobre dimensões da vivência psicológica da gravidez, nomeadamente do cumprimento das tarefas desenvolvimentais atribuídas a esta fase (e.g. Colman & Colman, 1994) e sua relação com valores de depressão e ansiedade.

Parte B – Estudo Empírico

O estudo aqui apresentado diz respeito ao tema “Gravidez após sucesso de técnicas de Procriação Medicamente Assistida” e corresponde a um estudo exploratório na medida que neste sentido, pretende-se que o presente trabalho contribua com resultados que facilitem uma estrutura de um projeto mais abrangente no futuro.

1. Objetivo geral

Este trabalho tem como objetivo geral compreender e explorar a vivência psicológica da gravidez e sintomatologia ansiosa e depressiva em casais (homens e mulheres) cuja gravidez resultou de técnicas de procriação medicamente assistida no âmbito de um serviço de saúde pública.

1.1 Objetivos específicos

1. Fazer a caracterização sociodemográfica e reprodutiva dos casais – homens e mulheres – da amostra;
2. Descrever a vivência psicológica da gravidez em mulheres após PMA, nomeadamente as suas atitudes face à gravidez e à maternidade;
3. Descrever a vivência psicológica da gravidez em homens após PMA, nomeadamente as suas atitudes face à gravidez e à paternidade;
4. Verificar a existência de depressão e ansiedade nas mulheres;
5. Verificar a existência de depressão e ansiedade nos homens;

6. Verificar a existência de diferenças em depressão e ansiedade entre homens e mulheres;
7. Analisar a correlação entre as diferentes dimensões da vivência psicológica da gravidez, ansiedade e depressão nos homens e nas mulheres;
8. Compreender como as diferentes dimensões da vivência psicológica da gravidez se diferenciam entre grupos de mulheres com sintomatologia ansiosa e sem sintomatologia ansiosa;
9. Compreender como as diferentes dimensões da vivência psicológica da gravidez se diferenciam entre grupos de mulheres com sintomatologia depressiva e sem sintomatologia depressiva;
10. Compreender como as diferentes dimensões da vivência psicológica da gravidez se diferenciam entre grupos de homens com sintomatologia ansiosa e sem sintomatologia ansiosa;
11. Compreender como as diferentes dimensões da vivência psicológica da gravidez se diferenciam entre grupos de homens com sintomatologia depressiva e sem sintomatologia depressiva;

Face aos objetivos específicos delineados, apresentamos as seguintes hipóteses:

H1: Existem diferenças relativamente às atitudes sobre a gravidez e a maternidade entre o grupo de mulheres da nossa amostra e as mulheres da amostra padrão (população em geral).

H2: Existem diferenças relativamente às atitudes sobre a gravidez e a paternidade entre o grupo de homens da nossa amostra e as mulheres da amostra padrão (população em geral).

H3: As mulheres da amostra apresentam níveis de ansiedade considerados significativos.

H4: As mulheres da amostra apresentam níveis de depressão considerados significativos.

H5: Os homens da amostra apresentam níveis de ansiedade considerados significativos.

H6: Os homens da amostra apresentam níveis de depressão considerados significativos.

H7: Existem diferenças nas dimensões ansiedade e depressão entre os homens e as mulheres da amostra.

H8: Existem correlações significativas entre as diferentes dimensões da experiência de gravidez, nos homens e nas mulheres, e a sintomatologia depressiva e ansiosa.

H9: Mulheres com sintomatologia ansiosa apresentam atitudes mais negativas face à experiência de gravidez do que as mulheres sem sintomatologia ansiosa.

H10: Mulheres com sintomatologia depressiva apresentam atitudes mais negativas face à experiência de gravidez do que as mulheres sem sintomatologia depressiva.

H11: Homens com sintomatologia ansiosa apresentam atitudes mais negativas face à experiência de gravidez do que os homens sem sintomatologia ansiosa

H12: Homens com sintomatologia depressiva apresentam atitudes mais negativas face à experiência de gravidez do que os homens sem sintomatologia depressiva.

2. Metodologia

2.1. Amostra

No total, a amostra é composta por um conjunto de 45 casais grávidos (mulheres e homens) que recorreram aos Serviços de Reprodução Medicamente Assistida num contexto de saúde pública do Norte do país, onde também decorre o acompanhamento da gravidez.

A nível da idade dos participantes, a média para as mulheres é de 35,73 (DP= 3,323), tendo a mais nova 30 anos e a mais velha 45, e para os homens, a média de idades é de 37,45 (DP=4,362), tendo o mais novo 28 anos e o mais velho 47.

Considerando o primeiro objetivo do trabalho, optamos por integrar os restantes dados de caracterização sociodemográfica da amostra no capítulo dos resultados.

2.2. Instrumentos

De maneira a responder aos objetivos propostos, foram utilizados, no presente estudo, os seguintes instrumentos: a) Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) (Snaith & Zigmond, 1994, versão portuguesa de Ribeiro, 2007); b) Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade (EAGP) (Caeiro & Xavier, 2010); c) Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (EAGM) (Paul, Sousa & Xavier, 2001).

2.2.1 Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)

A *HADS* é o instrumento utilizado para identificar possíveis casos de perturbação de ansiedade e depressão em pacientes num contexto hospitalar. É uma escala com 14 itens, em que cada item é respondido numa escala de quatro pontos (0-3). O valor 0 corresponde a menor gravidade e o 3 à maior gravidade, perfazendo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada subescala. A *HADS* possui no total duas subescalas, designadamente a subescala de ansiedade (*HADS-A*) e a subescala de depressão (*HADS-D*) (Bjelland, Dahl, Haug, Neckelmann, 2002). Segundo Snaith e Zigmond (1994), os pontos de corte recomendados, para ambas as escalas, é o valor 9.

Nos últimos anos, a *HADS* tornou-se um instrumento bastante comum de avaliação dos níveis de ansiedade e depressão nas mulheres grávidas (*e.g.*, Axelsson, Cederholm & Sjoden, 2001; Jomeen & Martin, 2004). Esta escala é uma mais-valia nesta população uma vez que não é considerada a sintomatologia somática específica das técnicas de PMA, não influenciando os resultados.

2.2.2 *Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (EAGM)*

A *Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade* (Xavier, Paul & Sousa, 2001) direciona-se para mulheres grávidas e tem como objetivo avaliar as atitudes relacionadas com a gravidez e a maternidade. Constituída por 42 itens, tipo Likert de quatro pontos (1- “sempre”; 2- “muitas vezes”; 3- “poucas vezes”; 4- “nunca”), esta escala organiza-se em sete subescalas (cf. Xavier, Paul & Sousa, 2001), a saber: ‘Filho Imaginado’ (FI); ‘Boa Mãe’ (BM; o desejo e expectativas da mulher como futura mãe, a sua ânsia em ultrapassar as próprias incapacidades como futura mãe, considera-se uma educadora perfeita, pronta a criar o filho igualmente perfeito, antecipando situações imaginárias com o seu bebé em que lhe presta os cuidados necessários, bem como os maiores carinhos (Brazelton & Cramer, 1989); ‘Gravidez como Factor de Mudança/Crescimento Pessoal’ (GFMCP; esta subescala pretende perceber a como cada mulher vivencia a gravidez, bem como todas as mudanças que esta etapa acarreta.. Deste modo, a gravidez pode ser considerada como um período de transformação (Bibring et al, 1961; Erikson, 1959; Lee, 1995; Lis & Zenaro, 1997); ‘Aspetos Difíceis da Gravidez/Maternidade’ (ADGM; esta subescala engloba a forma como cada mulher experiencia os aspetos considerados mais difíceis da gravidez); ‘Relação com a Própria Mãe’ (RPM; ao longo da gravidez é natural a grávida olhar para os outros pais, analisando as suas características como educadores, sendo os seus próprios pais, em particular a sua mãe o alvo principal desta análise. Deste modo, é normal que as grávidas reavaliem a relação que tiveram com as próprias mães, decidindo ser diferente ou reproduzir a sua atuação. Esta subescala procura, assim, analisar a forma como a grávida está a viver esta relação, sendo que as suas próprias experiências de vinculação marcarão a sua gravidez e o relacionamento que mais tarde terá com o seu filho); ‘Apoio do Marido/Companheiro’ (AMC; ao longo da gravidez, o companheiro deixa de ser apenas uma figura romântica e torna-se um elemento inseparável do novo contexto familiar, sendo muitas vezes nesta fase que as questões de dependência se tornam reais. Os sentimentos de abandono são também comuns e as preocupações com a ajuda e compreensão que lhes será disponibilizada por vezes vistas como irracionais ou despropositadas. Assim, esta subescala está relacionada com a forma como a mulher vivencia os sentimentos de dependência e abandono (Colman & Colman, 1994)); ‘Imagem Corporal’ (IC, esta subescala relaciona-se com um importante marco psicológico segundo Lee (1995), estando estritamente ligada às mudanças psicológicas, analisando a forma como a mulher grávida lida com todas estas alterações); e ‘Necessidade de

Dependência' (ICND); esta subescala, em conjunto com a anterior, procura também analisar a forma como a mulher grávida lida com todas estas alterações).

A EAGM apresenta qualidades psicométricas reconhecidas, nomeadamente em relação à fidelidade, consistência interna, à validade do conteúdo e discriminativa (Xavier, Paul & Sousa, 2001).

2.2.3 Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade (EAGP)

A *Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade* (Caeiro & Xavier, 2010) avalia as atitudes face à gravidez e a paternidade. É um instrumento de autorrelato do tipo Likert destinado aos pais que esperam um filho(a). Este facilita um conhecimento dos fenómenos da gravidez e da paternidade experienciados pelo futuro pai, bem como o entendimento de dimensões que fazem parte da relação pai-bebé ocorridas durante a gravidez (Caeiro & Xavier, 2010). É constituída por 76 itens, organizados em 8 subescalas, nomeadamente, a subescala “Mudanças positivas associadas à gravidez e à paternidade”, que explora as mudanças positivas inerentes à gravidez; a subescala “Presença, envolvimento e suporte com a gravidez, a grávida o bebé”, que engloba a relação do pai com o futuro bebé bem como o seu acompanhamento na gravidez e à grávida; a subescala “Alterações na estrutura individual, conjugal e familiar, refere as alterações que a vinda de um filho engloba em todas as valências da vida do homem e do casal”; a subescala “Preocupações e necessidade de apoio” diz respeito a todas as preocupações do homem em relação ao futuro bebé; a subescala “Antecipação de satisfação e gratificação” explora os sentimentos positivos que o homem prevê ter quando o bebé nascer; a subescala “Antecipação de dificuldades no período pós-natal” que explora preocupações do homem sobre o que vai acontecer quando o bebé nascer; a subescala “Sintomatologia física e/ ou psicológica associada à gravidez” refere todos os sintomas inerentes à gravidez (físicos e psicológicos) ; e, por fim, a subescala “Ciúmes do bebé e/ ou da mulher”, explora os possíveis ciúmes do homem em relação à mulher e/ou ao futuro bebé (Caeiro & Xavier, 2010). No presente trabalho utilizamos a versão para estudo, cedida pelos autores.

2.3. Procedimentos

2.3.1 Recolha de Dados

Para a realização deste estudo foi obtida autorização da Direção da Unidade Hospitalar (saúde pública). Após a obtenção da autorização, a recolha de dados foi conduzida durante os anos civis de 2013 e 2014.

O contacto inicial ao casal foi realizado por um dos elementos da equipa de saúde (médico, enfermeiro, ou psicólogo) e/ou por um dos investigadores, que explicavam quais os objetivos da investigação e solicitavam a participação. Os casais que aceitavam preenchiam o formulário de consentimento informado previamente elaborado para o estudo. Este consentimento informado integra uma apresentação sucinta sobre o âmbito do estudo, uma garantia de anonimato e de confidencialidade. O contacto com os casais foi realizado na sala de espera da consulta externa de Ginecologia/Obstetrícia. Assim, a administração do protocolo de avaliação foi desenvolvida por contacto direto, tendo demorado em média 15 minutos. Caso apenas a grávida estivesse presente, era pedido que esta entregasse o protocolo de avaliação ao seu parceiro para ser devolvido na próxima consulta, ou enviado por correio (os instrumentos eram entregues com um envelope devidamente selado e já preenchido com o destinatário).

2.3.2. Análise de Dados

Os dados foram tratados com recurso ao *software* informático IBM SPSS versão 22. Num primeiro momento, procedeu-se à análise descritiva das variáveis sociodemográficas (e.g., faixa etária, estado civil) e de caracterização reprodutiva dos casais (e.g., sexo do bebé). Em segundo lugar, para comparar os valores obtidos por mulheres e homens respetivamente nas diferentes subescalas da EAGM (Paúl, Sousa & Xavier, 2001, cedido pelos autores) e EAGP (Caeiro & Xavier, 2010, cedido pelos autores) e os valores da população geral, foram calculados valores de Z com recurso à seguinte fórmula Z (cf. Clark-Carter, 1997):

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

De modo a obterem-se os valores de *p-value* que orientam a análise de probabilidades estatísticas, os valores de *Z* foram analisados a partir da respetiva tabela de probabilidades (cf. Clark-Carter, 1997). Por outro lado, para se verificar a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva, em homens e mulheres, os scores finais obtidos pelos participantes na escala HDS foram agrupados segundo o seu ponto de corte (criação de variáveis nominais para ‘ansiedade’ e ‘depressão’), tendo sido realizada uma tabela cruzada entre o sexo dos participantes, sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva.

Para analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, a nível do diagnóstico de sintomas ansiosos e depressivos, conduzimos um teste de Mann-Whitney (não-paramétrico). A seleção de um teste desta natureza prendeu-se com o facto de não se verificarem os pressupostos de normalidade para as variáveis ‘ansiedade’ e ‘depressão’, em homens e mulheres, após condução de teste Kolmogorov-Smirnov.

Com vista a analisar as correlações entre as subescalas da EAGM e EAGP com as subescalas da HADS, foram efetuadas diferentes correlações de *Spearman*. Para avaliar as diferenças entre homens e mulheres, ambos com e sem diagnóstico de ansiedade (objetivos 8 e 10), procedemos à realização do teste de Mann-Whitney devido à ausência de distribuição normal.

Por fim, tendo em conta a distribuição dos resultados (por exemplo, na depressão, tanto em homens como mulheres, não se verifica a presença de sintomas depressivos) e o tamanho dos subgrupos não foi possível prosseguir com a análise estatística que responderia aos objetivos 9 e 11 (para cada um deles, o teste indicado seria mais uma vez o teste de Mann-Whitney devido à ausência de distribuição normal).

3. Resultados

Na presente secção, iremos apresentar os resultados obtidos seguindo a sequência da apresentação dos objetivos específicos, expondo, sempre que pertinente, para cada um deles tabela(s) sintetizadora(s) dos resultados e seguidamente descrevendo os resultados mais importantes textualmente.

Para respondermos ao primeiro objetivo, que consiste em concretizar a caracterização sociodemográfica e reprodutiva dos casais – homens e mulheres – apresentamos a Tabela 1 e 2.

Tabela 1*Caraterização sociodemográfica dos casais*

	Total		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	n	%
Faixa Etária						
≤ 30 anos	4	5%	2	5%	2	4,5%
31 – 35 anos	31	37%	12	30%	19	43,2%
36 – 40 anos	33	40%	14	35%	19	43,2%
≥ 41 anos	15	18%	11	27,5%	4	9,1%
Estado Civil						
Solteiro/a	1	2,2%	1	2,2%	1	2,2%
Casado/a	36	80%	36	80%	36	80%
União de Facto	7	15,6%	7	15,6%	7	15,6%
Nível de Escolaridade						
Licenciado	27	33%	9	23,1%	18	41,9%
Ensino Secundário	28	35%	14	35,9%	14	32,6%
2º e 3º Ciclo	26	32%	16	41%	10	23,3%

Tabela 2*Caraterização reprodutiva dos casais*

	N	%
Sexo do bebé		
Feminino	14	31,1%
Masculino	14	31,1%
Ambos	2	4,4%
Sem informação	15	33,3%
Número de filhos		
Nenhum	40	90,9%
1	3	6,8%
Sem informação	1	2,3%
Tempo de gravidez		
Até às 7 semanas	3	6,7%
Até às 21 semanas	13	28,9%
Até às 35 semanas	25	55,5%
Até às 41 semanas	4	8,9%

Para responder aos objetivos 2 e 3 que consistem em descrever a vivência psicológica da gravidez em mulheres após PMA, nomeadamente as suas atitudes face à gravidez e à maternidade; e a vivência psicológica nos homens após PMA, nomeadamente no que diz respeito às suas atitudes face à gravidez e à paternidade, respetivamente, os resultados apresentados dizem respeito às sete subescalas da Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade – EAGM (Xavier, Paul & Sousa 2001, cedido pelos autores) e às oito subescalas da Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade – EAGP (Caeiro & Xavier, 2010). Foram ainda comparados os valores obtidos em cada um dos instrumentos com os valores da amostra padrão dos respetivos instrumentos (Caeiro, 2010; Xavier, Paul & Sousa 2001, cedido pelos autores). Estes resultados encontram-se nas tabelas 3 e 4.

Tabela 3*Resultados das sete escalas da EAGM – Valores de Z*

	<i>Amostra padrão</i>		<i>Amostra estudo</i>		<i>Z</i>
	N	M (DP)	N	M (DP)	
O filho imaginado	357	11,56 (2,93)	45	9,89 (2,69)	-3,82***
Boa mãe	357	20,09 (3,87)	45	18,87(4,37)	-2,10**
Gravidez como fator de mudança/crescimento pessoal	357	12,32 (3,47)	45	10,29(2,13)	- 3,73***
Aspetos difíceis da gravidez/maternidade	357	23,09 (3,72)	45	23,47(3,68)	0,69
Relação com a própria mãe	357	6,48 (2,03)	45	5,96(1,76)	- 1,73**
Apoio do marido/companheiro	357	5,79 (1,70)	45	5,11(1,19)	- 2,72***
Imagem corporal e necessidade de dependência	357	8,71 (2,34)	45	8,42(2,26)	- 0,83

*** $p \leq .001$; ** $p \leq .05$

Tabela 4*Resultados das oito escalas da EAGP – Valores de Z*

	<i>Amostra padrão</i>		<i>Amostra estudo</i>		<i>Z</i>
	<i>N</i>	<i>M (DP)</i>	<i>N</i>	<i>M (DP)</i>	
Mudanças positivas associadas à gravidez e à paternidade	---	14,15(4,33)	45	21,87(4,51)	7,72***
Presença, envolvimento e suporte com a gravidez, a grávida e o bebé	---	18,62(4,25)	45	24,20(4,52)	8,21***
Alterações na estrutura individual, conjugal e familiar	---	14,52(4,61)	45	15,29(4,79)	1,52
Preocupações e necessidade de apoio	---	26,01(5,67)	45	38,42(6,32)	14,6***
Antecipação de satisfação e gratificação	---	10,26(2,89)	45	13,24(2,92)	0,69
Antecipação das dificuldades no período pós- natal	---	18,09(3,35)	45	24,07(4,00)	11,96* **
Sintomatologia física e/ou psicológica associada à gravidez	---	13,59(2,15)	45	14,22 (1,68)	1,97**
Ciúmes do bebé e/ou da mulher	---	7,78 (0,61)	45	7,78 (0,77)	0

*** $p \leq .001$; ** $p \leq .05$

Segundo os dados previamente indicados na tabela, relativamente às sete subescalas da Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade – EAGM - (Xavier, Paul & Sousa 2001, cedido pelos autores) verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas em comparação com a população geral nas seguintes subescalas: “Filho imaginado”, $Z = -3,82$, $<.001$; “Boa Mãe”, $Z = -2,10$, $<.05$; “Gravidez como Fator de Mudança/Crescimento Pessoal”, $Z = -3,73$, $<.001$; na subescala “Relação com a própria mãe”, $Z = -1,73$, $<.05$ e na subescala “Apoio do Marido/Companheiro”, $Z = -2,72$, $<.001$. Não existem diferenças nas subescalas “aspetos difíceis da gravidez/maternidade” e “Imagem corporal e necessidade de dependência”.

Relativamente às oito subescalas da Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade – EAGP - (Caeiro & Xavier, 2010) foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a amostra e a população geral nas subescalas “Mudanças positivas associadas à gravidez e à paternidade”, $Z = 7,72, <.001$; “Presença, envolvimento e suporte com a gravidez, a grávida e o bebé”, $Z = 8,21, <.001$; “Preocupações e necessidade de apoio”, $Z = 14,6, <.001$; “Antecipação das dificuldades no período pós-natal”, $Z = 11,96, <.001$; e, por fim, na subescala “Sintomatologia física e/ou psicológica associada à gravidez”, $Z = 1,97, <.05$. Não se encontraram diferenças nas subescalas “Alterações na estrutura individual, conjugal e familiar”, “Antecipação de satisfação e gratificação” e “Ciúmes do bebé e/ou da mulher”.

Para dar resposta aos objetivos 4, 5 e 6 seguiram-se os critérios de ponto de corte da cotação do instrumento (Snaith & Zigmond, 1994, versão portuguesa de Ribeiro, 2007) recomendados para ambas as escalas, isto é ‘inferior a 9’ sem depressão/ansiedade e ‘igual ou superior a 9’ com ansiedade/depressão.

Tabela 5

Resultados da Escala HADS em ambos os sexos tendo por base o ponto de corte sugerido

Ponto de corte da HADS	<i>Homens</i>	<i>Mulheres</i>
	(N= 22) n (%)	(N= 22) n (%)
Ansiedade		
≥ 9	2 (9%)	6 (27,3%)
< 9	20 (91%)	16 (72,7%)
Depressão		
≥ 9	0 (0%)	0 (0%)
< 9	22 (100%)	22 (100%)

Consultando a tabela 5, compreende-se que, tanto nos homens como nas mulheres, não se diagnosticam sintomas depressivos seguindo o critério de corte da Escala HADS. Em relação ao diagnóstico de sintomas de ansiedade, podemos identificar dois participantes do sexo masculino (18,2%) e seis participantes do sexo feminino (27,3%) com um diagnóstico de ansiedade.

Tabela 6*Diferenças entre homens e mulheres a nível de sintomatologia ansiosa e depressiva*

	<u>Homens</u> (N= 22)	<u>Mulheres</u> (N= 22)	<i>U</i>
	Ordem Média	Ordem Média	
Ansiedade	20,91	24,09	207,00
Depressão	20,20	24,80	191,50

Consultado a tabela 6, depreende-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, tanto a nível de sintomas ansiosos como depressivos.

Quanto ao sétimo objetivo, orientado para explorar a existência de correlações entre as diferentes dimensões da vivência psicológica da gravidez e ansiedade e depressão nos homens, os resultados obtidos são apresentados na tabela 7 (mulheres) e tabela 8 (homens).

Tabela 7*Correlações entre as diferentes subescalas da EAGM e HADS – Mulheres*

	FI	BM	GFMCP	ADGM	RPM	AMC	ICND	HADS AM	HADS DM
HADS AM	.006	.057	-.057	-.154	.191	.148	.095	--	--
HADS DM	.430**	.241	-.309	-.364	.152	.349	.288	.537***	--

*** $p \leq .001$; ** $p \leq .05$ **Legenda**

FI – “Filho Imaginado”; BM – “Boa Mãe”; GFMCP – “Gravidez como Fator de Mudança e Crescimento Pessoal”; ADGM – Aspectos Difíceis da Gravidez/Maternidade; RPM - Relação com a Própria Mãe”; AMC – “Apoio do marido/companheiro”; ICND – “Imagem corporal e necessidades de dependência”; HADS AM. Ansiedade Materna; HADS DM.: Depressão Materna

Tabela 8*Correlações entre as diferentes subescalas da EAGP e HADS – Homens*

	MPGP	PESGGB	AEICF	PNA	ASG	ADPN	SFPAG	CBM	HADS AP	HA
HADS AP	.132	.103	.183	-.192	.101	-.364	-.272	.147	--	
HADS DP	.165	.162	.141	-.070	.107	-.311	.197	.075	.323	

Legenda

MPGP- “Mudanças positivas associadas à gravidez e à paternidade”; PESGGB – “Presença, envolvimento e suporte com a gravidez, a grávida o bebé”; AEICF - “ Alterações na estrutura individual, conjugal e familiar”; PNA – “Preocupações e necessidade de apoio”; ASG - “Antecipação de satisfação e gratificação”; ADPN - “Antecipação de dificuldades no período pós-natal”; SFPAG - “Sintomatologia física e/ou psicológica associada à gravidez”; CBM – “Ciúmes do Bebê e/ou da Mulher; HADS AP – Ansiedade Paterna; HADS DP – Depressão Paterna

Partindo da tabela 7, percebemos que a depressão materna encontra-se positivamente associada à subescala ‘Filho Imaginado’ ($r = .430$; $p = .046$) e à ansiedade materna ($r = .537$; $p = .010$). De outra forma, podemos dizer que quanto mais sintomas depressivos pautarem a gravidez, mais elevados são os valores obtidos na subescala ‘Filho Imaginado’ - o que implica menos investimento no imaginar situações de futuro, de prestação de cuidados ao seu filho depois de ele nascer e um maior foco no presente, na gravidez - bem como maior a probabilidade de desenvolver sintomatologia ansiosa.

Por outro lado, através da tabela 8, inferimos acerca das correlações existentes entre as diversas subescalas da EAGP e da HADS. Não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre estas variáveis.

Quanto aos restantes objetivos, tendo em conta a distribuição dos resultados/tamanho dos subgrupos (por exemplo, na depressão, tanto em homens como mulheres, não se verifica a presença de sintomas depressivos), apenas é possível prosseguir com a análise estatística que responde aos objetivos 8 e 10. Desta forma, as tabelas 9 e 10 exibem, respetivamente, as diferenças a nível de mulheres e homens com e sem sintomatologia ansiosa no que diz respeito às diferentes dimensões da vivência psicológica da gravidez. Em ambas, podemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, com e sem sintomatologia ansiosa, no que concerne às diferentes dimensões da vivência psicológica.

Tabela 9*Diferenças entre mulheres com e sem ansiedade nas diferentes subescalas EAGM*

	<i>Mulheres HADS</i>	<i>Mulheres HADS</i>	<i>U</i>
	<i>Ansiedade < 9</i>	<i>Ansiedade ≥ 9</i>	
	(N= 16)	(N= 6)	
	Ordem Média	Ordem Média	
Filho Imaginado	10,94	13,00	39,00
Boa Mãe	10,56	14,00	33,00
Gravidez como fator de crescimento/mudança	11,72	10,92	44,50
Aspetos difíceis da gravidez/maternidade	11,34	11,92	45,50
Relação com a Própria Mãe	10,91	13,08	38,50
Apoio do marido/companheiro	10,88	13,17	38,00
Imagem corporal e necessidade de dependência	11,88	10,50	42,00

Tabela 10*Diferenças entre homens com e sem ansiedade nas diferentes subescalas EAGP*

	<i>Homens HADS</i>	<i>Homens HADS</i>	<i>U</i>
	<i>Ansiedade < 9</i>	<i>Ansiedade ≥ 9</i>	
	(N= 20)	(N= 2)	
	Ordem Média	Ordem Média	
Mudanças positivas associadas à gravidez e à paternidade	11,55	11,00	19,00
Presença, envolvimento e suporte com a gravidez, a grávida e o bebé	11,05	16,00	11,00
Alterações na estrutura individual, conjugal e familiar	10,93	17,25	8,50
Preocupações e necessidade de apoio	11,93	7,25	11,50
Antecipação de satisfação e gratificação	11,60	10,50	18,00
Antecipação das dificuldades no período pós-natal	11,83	8,25	13,50
Sintomatologia física e/ou psicológica associada à gravidez	11,83	8,25	13,50
Ciúmes do bebé e/ou da mulher	11,35	13,00	17,00

4. Discussão

No presente estudo o objetivo geral prendeu-se com a exploração da vivência psicológica da gravidez e sintomatologia ansiosa e depressiva num grupo de casais (homens e mulheres) cuja gravidez resultou de técnicas de procriação medicamente assistida no âmbito de uma Unidade Hospitalar de saúde pública com serviço de medicina da reprodução que integrava ainda, uma equipa multidisciplinar que acompanha o casal ao longo de todo o processo e também da gravidez.

Relativamente ao primeiro objetivo que pretendia fazer a caracterização sociodemográfica e reprodutiva dos casais – homens e mulheres- da amostra, verificou-se que esta foi constituída por 45 casais (45 mulheres e 45 homens), sendo a média de idades nas mulheres de 35,73 (DP= 3,323) e nos homens de 37,45 (DP= 4,362). Destaca-se que as mulheres têm idades acima das idades médias para o primeiro filho encontradas no nosso país. Em Portugal, nos últimos anos, as idades médias para o primeiro filho variam entre 28 e 30 (Mendes, 2012 cit. In. Inquérito à Fecundidade, 2013).

Podemos afirmar que a maioria dos casais é casado, 80%. Relativamente ao nível de escolaridade, os homens se encontram mais distribuídos entre o segundo e/ou terceiro ciclo, 41%, e as mulheres, a licenciatura, 41,9%. Relativamente aos dados sobre a gravidez podemos afirmar que a grande maioria dos casais não tem filhos anteriores a esta gravidez (90,9%) ou tinham já um filho, e em relação ao tempo de gravidez, a maioria encontra-se entre as 21 e as 35 semanas (84,4%) e o género do bebé (feminino e masculino) distribui-se de igual forma na amostra.

Percebemos assim que os casais são pais tarde, numa faixa etária mais avançada, uma vez que a maioria se encontra na faixa etária entre os 31 e os 40 anos (77%), e não tem nenhum filho anterior a esta gravidez, o que é um indicativo de que, provavelmente, ao aproximarem-se da idade limite para a realização de PMA em serviços de saúde pública, este será o seu único filho. Tal está de acordo com a diminuição de filhos por casal e acentuação da tendência do filho único reconhecida no Censos de 2011, em Portugal (Instituto Nacional de Estatística, 2012). O adiamento da parentalidade por parte dos casais é apontada como uma das principais causas apontadas para a problemática da infertilidade (Cosineau & Domar, 2007), e, embora possa ser uma opção de muitos casais, na nossa amostra está provavelmente relacionada com o diagnóstico de infertilidade e o tempo necessário para os tratamentos.

Relativamente à hipótese 1, em que se pretende explorar as diferenças relativamente às atitudes sobre a gravidez e a maternidade entre o grupo de mulheres da nossa amostra e as

mulheres da amostra padrão (população em geral), após a análise dos resultados da Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (Paul, Sousa & Xavier, 2001) percebemos que existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas “Filho Imaginado”; “Boa Mãe”; “Gravidez como Fator de Mudança/Crescimento Pessoal”; “Relação com a Própria Mãe” e na subescala “Apoio do marido/companheiro”, entre a nossa amostra e a amostra padrão. Confirmamos assim a hipótese 1, apesar da existência de diferenças significativas se confirmar apenas em algumas subescalas

Na subescala “Filho Imaginado” os valores obtidos na amostra foram inferiores à amostra padrão (população geral). Esta subescala procura explorar de que forma a mulher se imagina no período pós-natal com o seu bebé, em atividades de prestação de cuidados (Brazelton & Cramer, 1989). Podemos relacionar estes resultados com a história prévia da problemática da infertilidade e com toda a vivência do processo de PMA, que podem ter contribuído para estes baixos valores, que nesta escalar correspondem a um maior investimento na imaginação da grávida em relação ao futuro do seu futuro bebé e a tudo o que poderão realizar juntos. É durante o período pré-natal que a relação da mãe com o seu filho tem o seu início, o que despoleta expectativas da mãe e da interação que irá estabelecer com o bebé. Estas expectativas provêm do mundo interno da mãe, fazendo-a sentir a necessidade de investir desejos e fantasias no bebé, para ele começar a existir enquanto ser humano (Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004). Assim, atendendo à história prévia de todo o processo de técnicas de PMA, estes valores remetem para um investimento maior em relação ao futuro.

Na subescala “Boa Mãe” os valores obtidos na amostra foram inferiores aos da amostra padrão. Esta subescala tem como finalidade avaliar os desejos e expectativas da mulher grávida como futura mãe, disponível para responder a todas as necessidades do seu filho, uma vez que durante a gravidez, é necessário que a mulher ajuste a sua vida e os papéis que exerce (Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004). Devido ao complicado caminho que estes casais tiveram de percorrer para conseguir uma gravidez, pode ser motivo para que estas grávidas se imaginem a protegerem o mais possível os seus bebés (resultados mais baixos significam maior investimento nesta dimensão) que durante tanto tempo foram procurados e pareciam até irreais, fantasiando situações de cuidar, de momentos de proteção e carinho, com características diferentes da amostra padrão.

No que diz respeito à subescala “Gravidez como fator de Mudança/ Crescimento Pessoal” os valores obtidos na amostra foram inferiores aos valores da amostra padrão o que significa maior relevância atribuída à mudança e crescimento. A explicação para estes

resultados pode estar associada ao facto de ser necessária uma adaptação das expectativas relativas ao insucesso, ao longo de todo o processo de PMA, expectativas essas que podem originar um crescimento pessoal elevado de que têm bem noção. Neste sentido, um resultado positivo (gravidez) é vivido como mais um fator de mudança e crescimento pessoal.

Relativamente à subescala “Relação com a Própria Mãe”, evidenciam-se resultados inferiores quando comparados com a amostra padrão. Esta escala pretende explorar a forma como a grávida faz a avaliação das suas próprias experiências de relação com a mãe (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994; Xavier, 2000). Poderemos supor que o apoio que está descrito (Anderson, 1996; McVeigh, 2001) durante a fase de PMA tenha grande relevância para estas mulheres, que assim, no geral, valorizam positivamente a relação com a própria mãe.

Na subescala “Apoio do marido/companheiro” foram encontrados valores significativos menores na amostra do estudo quando comparados com a amostra padrão. Podemos relacionar os resultados obtidos nesta escala com todo o processo de PMA pelo qual a mulher passou, que desafiou a sua identidade feminina e pode ser a causa da sua concentração na gravidez e na forma como serão as coisas quando o bebé nascer, o que pode levar a uma valorização do papel do marido/companheiro (Cousineau & Domar, 2007; Gameiro, Silva & Canavarro, 2008) que já foi importante durante o processo de PMA.

Assim, estas grávidas parecem encarar a gravidez de uma forma diferente da percecionada pela população geral, o que vai de encontro ao referido, por exemplo, noutra trabalho realizado em Portugal (Santos & Ramos, 2010).

No que concerne à segunda hipótese “Existem diferenças relativamente às atitudes sobre a gravidez e a paternidade entre o grupo de homens da nossa amostra e as mulheres da amostra padrão (população em geral), após analisar os resultados das diferentes subescalas da Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade (Caeiro & Xavier, 2010) encontraram-se diferenças significativas em cinco das subescalas, nomeadamente “Mudanças positivas associadas à gravidez e à paternidade”; “Presença envolvimento e suporte com a gravidez, a grávida e o bebé”; “Preocupações e Necessidades de Apoio”; “Antecipação de dificuldades no período pós-natal” e na subescala “Sintomatologia física e/ou psicológica associada à gravidez”. A hipótese 2 é assim aceite

Relativamente à subescala “Mudanças positivas associadas à Gravidez e à Paternidade” foram encontrados valores significativos superiores na amostra em comparação com a população geral. Esta subescala refere-se às diferenças e mudanças positivas que a gravidez acarreta, como o aumento da responsabilidade, a maior proximidade da mulher/

companheira e a importância desta fase na vida do pai (Caeiro & Xavier, 2010). Nesta situação os valores obtidos parecem apontar para menor atenção dada a estas mudanças, agora que o “sonho” de um bebê se concretiza. Provavelmente, a experiência prévia de PMA, com todas as dificuldades pode ainda ter peso, dificultando o ter em conta os aspetos positivos desta nova fase.

Relativamente à subescala “Presença envolvimento e suporte com a gravidez, a grávida e o bebê”, foram encontrados valores significativos superiores na amostra em comparação com a população geral. Esta subescala refere-se à presença do pai nas consultas de acompanhamento da gravidez e do seu envolvimento durante a gravidez como no futuro e o suporte/ apoio à grávida, particularmente através do alívio do stress (Caeiro & Xavier, 2010). Este resultado corrobora a literatura que afirma que o apoio do pai é fundamental para o bem-estar psicológico da grávida que se vai sentindo cada vez mais ansiosa com o parto (Colman & Colman, 1994). Oliveira e Brito, (2009) declaram que durante o período da gravidez o homem exprime-se por atitudes, comportamentos e sentimentos enquanto cuida da mulher e do filho através do envolvimento afetivo.

No que se refere à subescala “Preocupações e Necessidade de Apoio” foram encontradas diferenças significativas, tendo os homens da amostra em estudo apresentado valores significativos superiores aos homens da amostra padrão. Esta subescala engloba as preocupações do futuro pai a nível financeiro, bem como em relação à sua capacidade e à capacidade da sua mulher em lidar com o futuro bebê que têm vindo a ser abordadas na literatura sobre o tema (e.g. Bornholdt, Wagner, Staudt, 2007). Talvez porque durante os tratamentos as dificuldades e preocupações terem sido muitas, e estarem a viver agora algo tão desejado, as preocupações atuais e a necessidade de apoio parecem ser menos relevantes. Cosineau & Domar (2007) afirmam que quando confrontados com um diagnóstico de infertilidade e com os tratamentos de PMA, os homens se adaptam mais facilmente a um estilo de vida que pode não incluir filhos, apesar de muitos reprimem as suas emoções para apoiar as mulheres/companheiras, e isso pode continuar na gravidez, o que pode estar relacionado com a falta de preocupação e compreensão de necessidade de apoio presente nos resultados do estudo.

Quanto à subescala “Antecipação de dificuldades no período pós-natal”, os valores da amostra são superiores aos da população geral. O resultado obtido indica que os homens da amostra em estudo experienciam menor grau de preocupações antecipadas em relação às mudanças que ocorreram após o bebê nascer bem como às suas capacidades como pai. Este resultado poderá estar relacionado com o resultado obtido na subescala “Preocupações e

Necessidades de Apoio”, e ser igualmente reforçado pela noção da mudança de vida que acontece depois do nascimento, e também com o tempo mais difícil dos tratamentos que poderá contribuir para que as dificuldades futuras sejam menosprezadas.

Em relação à subescala “Sintomatologia física e/ou psicológica associada à gravidez” encontram-se diferenças significativas, uma vez que os homens da amostra apresentam valores maiores quando comparados com os homens da amostra padrão. Esta subescala engloba os problemas físicos ou psicológico relacionados com a gravidez. Esta escala é suportado pela literatura, uma vez que, ao nível das alterações psicológicas, no caso do homem, também existe um aumento de sintomatologia ansiosa devido ao ajustamento necessário para a paternidade. Este estado de sintomatologia psicológica no homem pode ser caracterizado por “Síndrome de Couvade” (Brennan, Ayers, Ahmed & Marshall-Lucette, 2007). Na nossa amostra os homens parecem dar menor atenção a esta dimensão física e psicológica o que- mais uma vez- poderá estar relacionado com as vivências durante os processos de PMA em que possivelmente, por comparação, estas dimensões tiveram maior peso. Tendo em conta a pouca existência de trabalhos sobre os homens nesta temática, bem como a dimensão da amostra, estes resultados, sustentam a necessidade de mais informação, procurando-se compreender esta vivência.

Quanto às hipóteses 3 e 5, em relação ao diagnóstico de sintomas de ansiedade, podemos identificar dois participantes do sexo masculino (18,2%) e seis participantes do sexo feminino (27,3%) com um diagnóstico de ansiedade, pelo que são confirmadas as duas hipóteses. Estes resultados são congruentes com a literatura (e.g. Batista, Dahren & Torres, 2006), uma vez que, ao longo da gravidez podem surgir sintomas de ansiedade na mulher caracterizados por um estado de insatisfação, insegurança, incerteza, medo da experiência desconhecida e portanto seria expectável que surgissem casos acima do ponto de corte. Em relação aos homens, ao nível das alterações psicológicas, também existe um aumento de sintomatologia ansiosa devido ao ajustamento necessário para a paternidade. Este estado de sintomatologia psicológica no homem, como já referido anteriormente, pode ser caracterizado por “Síndrome de Couvade” (Brennan, Ayers, Ahmed & Marshall-Lucette, 2007) , que afeta os pais durante a gravidez com uma diminuição dos sintomas no período pós parto, embora estes possam surgir em qualquer altura até ao nascimento (Gomez, Leal & Figueiredo, 2002; Buist, Morse, & Durkin, 2003 cit. in. Conde & Figueiredo 2007). Ainda segundo Cohen e colaboradores (2000), os homens cujas companheiras engravidaram após a realização de PMA, apresentaram níveis superiores de ansiedade, comparativamente aos homens cujas companheiras conceberam uma gravidez sem a realização de PMA.

Quanto às hipóteses 4 e 6, no nosso estudo não encontramos situações de depressão seguindo o critério de corte da escala HADS verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres (nenhuma situação nos dois géneros). Assim as hipóteses não foram confirmadas. Quanto à literatura sobre depressão no homem e na mulher os trabalhos apontam que quando o tratamento não tem sucesso ao fim de dois anos de tratamento os casais atingem um nível de *stress bastante* elevado que podem desencadear uma depressão crónica ou grave (Fisher, 2009). No nosso caso os resultados obtidos poderão estar relacionados com o tipo de acompanhamento que é disponibilizado a estes casais, nomeadamente a existência de uma equipa multidisciplinar e integrando psicólogos que acompanham o casal, possibilitando a verbalização de dúvidas, a ventilação emocional e o acompanhamento individual/de casal de situações identificadas como mais difíceis. Poderá acontecer que este acompanhamento tenha repercussão na presença de depressão mas que não possa “compensar” os níveis de ansiedade associados ao próprio processo seja quanto às situações de “invasão” física, quer quanto à incerteza presente em cada fase do processo, implicadas na PMA e em cada tentativa.

Analisando a existência de diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres – correspondendo à Hipótese 7 – verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, quer no que diz respeito à ansiedade quer à depressão. Assim sendo não se aceita a hipótese.

Relativamente á hipótese 8 “Existem correlações significativas entre as diferentes dimensões da experiência de gravidez, no homem e na mulher e a sintomatologia depressiva e ansiosa” foram encontradas correlações entre a subescala “Filho Imaginado” e Depressão na mulher. A depressão materna encontra-se positivamente associada à subescala “Filho Imaginado” e também à subescala da HADS “Ansiedade Materna”. De outra forma, podemos dizer que quanto mais sintomas depressivos pautam a gravidez, maior os valores obtidos na subescala, representando menor presença de sonhos e imaginação ao filho vindouro. A depressão materna é também positivamente associada com a ansiedade, revelando a comorbilidade habitualmente descrita (e.g. Santos & Ramos, 2010; Beaurepaire, Douglas, McMahon, Tennant e Ungerer,1997). Resultado também, fundamentado pela literatura que refere que ao longo da gravidez, podem surgir sintomas de ansiedade na mulher, que se caracterizam por um estado de insatisfação, insegurança, incerteza, medo da experiência desconhecida (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994; Xavier, 2000). Quanto às correlações entre as diferentes subescalas da EAGP e ansiedade e depressão, não foram

encontradas correlações estatisticamente significativas. Assim, a hipótese 8 é confirmada para as mulheres e não para os homens

A partir dos nossos dados não podemos assumir que a ansiedade e/ou depressão não são características definidoras dos casais que recorrem a técnicas de PMA, o que contraria a literatura, uma vez que alguns autores (e.g. Lepecka-Klusek et al., 2007) afirmam a existência de sintomatologia ansiosa e depressiva tanto no impacto causado pela infertilidade e pelos tratamentos de PMA, como ao longo da gravidez quer na mulher quer no homem.

No que concerne às hipóteses 9 e 11 “Mulheres com sintomatologia ansiosa apresentam atitudes mais negativas face à experiência de gravidez do que as mulheres sem sintomatologia ansiosa” e “Homens com sintomatologia ansiosa apresentam atitudes mais negativas face à experiência de gravidez do que os homens sem sintomatologia ansiosa” como foi possível verificar através das tabelas 9 e 10, não foram encontradas diferenças entre os dois grupos. Este resultado pode dever-se ao reduzido número da nossa amostra (N=22), pelo que, também neste caso, não podemos afirmar que não existem diferenças face à experiência da gravidez entre mulheres com e sem sintomatologia ansiosa, e entre homens com e sem sintomatologia ansiosa.

Relativamente às hipóteses 10 e 12, como já referido anteriormente tendo em conta a distribuição dos resultados/tamanho dos subgrupos (por exemplo, na depressão, tanto em homens como mulheres, não se verifica a presença de sintomas depressivos), não nos foi possível efetuar a análise estatística.

Conclusão

O intuito deste trabalho foi conhecer a vivência psicológica da gravidez e explorar a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva quer no homem, quer na mulher, nas situações de gravidez com recurso a Técnicas de Reprodução Medicamente Assistida.

A pertinência deste estudo prendeu-se com o facto de investigações anteriores sobre esta temática, em Portugal, serem praticamente inexistentes (e.g. Gameiro, Canavarro & Soares, 2009; Gameiro, Moura-Ramos, Canavarro & Soares, 2010) apontando no entanto que um processo anterior de PMA pode estimular e/ou reforçar desafios e dificuldades, tornando, assim, relevante analisar especificamente a experiência de gravidez pós PMA. Em acréscimo,

mesmo internacionalmente, a análise dos significados e adaptação à experiência de gravidez pós PMA ainda não foi suficientemente discutida em relação aos homens (e.g. Bornholdt, Wagner & Sataudt, 2007). No âmbito nacional, os estudos orientados para a compreensão desta temática são ainda em menor número, estando também centrados maioritariamente na experiência de gravidez feminina (e.g. Gameiro, Moura-Ramos, Canavarro & Soares, 2010).

Após a recolha de dados e da adequada análise dos seus resultados, foi possível concluir que nem todos os objetivos propostos foram alcançados, o mesmo acontecendo com as hipóteses.

Assim, nos homens e nas mulheres, na maioria das subescalas encontraram-se diferenças em relação à amostra padrão, revelando que a vivência psicológica da gravidez pós PMA no masculino parece ser diferente da gravidez na população masculina em geral. Estes dados, embora numa amostra limitada apelam para a necessidade de acompanhamento destes homens e mulheres e também para a necessidade de mais estudos.

Os dados relativos às mulheres corroboram o que a literatura vem salientando sobre gravidez PMA, uma vez que se considera que estas grávidas apresentavam maiores níveis de ansiedade comparativamente com grávidas sem história de infertilidade, sendo que estes níveis de ansiedade dependeriam do número de tratamentos realizados (Beaurepaire, Douglas, McMahan, Tennant e Ungerer, 1997). A variável tratamentos realizados deverá também ser tida em conta na continuação deste projeto. Em relação à depressão num estudo realizado Matthey, Barnett, Ungerer e Waters (2001) que avaliou casais relativamente à sua saúde mental durante a gravidez verificou que os homens revelaram sintomas de depressão de 5.3%, inferiores aos das mulheres (12.3%). O que contraria os nossos resultados, uma vez que não foram encontrados sintomas de depressão nem nos homens, nem nas mulheres.

Ao longo do estudo apareceram algumas limitações, sendo o número reduzido da amostra, uma delas. Podemos explicar este facto pelos obstáculos em aceder aos casais que engravidaram após PMA, uma vez que muitos casais optam por realizar o acompanhamento da gravidez perto da área de residência e/ou com profissionais de clínicas privadas, abandonando a unidade hospitalar. Pelo facto de este estudo ser de cariz exploratório, poderá ser pertinente selecionar uma amostra mais completa, de forma a tornar possível a realização de todos os objetivos que foram propostos, bem como outros, que possam também ser pertinentes.

Para além do que diz respeito à infertilidade e a todo o processo de PMA, a gravidez, é também, um acontecimento que implica, sob o ponto de vista psicológico, ajustamentos e recursos a mecanismos adaptativos à própria situação (e.g. Justo, 2000; Xavier, 2000). A

gravidez deve ser um momento de partilha entre ambos os pais, em que ambos devem exprimir as suas preocupações, os seus sentimentos em relação a este período, bem como um período de valorização e de apoio mútuo (Canavarro, 2001; Martins 2003).

Como já referido anteriormente, dadas as profundas alterações e adaptações que a gravidez exige na vida da mulher, do homem e da família, vários autores consideram-na como um momento que envolve uma crise desenvolvimental ou maturacional (Colman & Colman, 1994; Cordeiro, 1986; Justo, 2002; Relvas, 2001). De um ponto de vista desenvolvimental, os momentos de crise são etapas marcantes do ciclo de vida, que envolvem a resolução de tarefas desenvolvimentais específicas, e que podem permitir o crescimento psicossocial, mas também são cruciais no aparecimento de vulnerabilidades emocionais (Canavarro, 2001). Do ponto de vista clínico, é facilmente compreensível que existem diferenças em relação à forma como casais que estão grávidos e que têm uma história de diagnóstico de infertilidade e de todo o processo de PMA, encaram as vivências da gravidez de forma diferente da população em geral, como demonstrou este trabalho. Neste sentido, torna-se importante continuar a investigação nesta área para que se compreenda todo o processo, do ponto de vista da investigação científica.

Os resultados por nós obtidos podem ser explicados pelo facto de neste serviço de Medicina da Reprodução, o casal ser acompanhado por uma equipa multidisciplinar, que integra um psicólogo, e que presta todo o apoio necessário, esclarecendo qualquer dúvida dos casais. Este acompanhamento é realizado durante todo o processo, estendendo-se à gravidez e mesmo após o nascimento do bebé. Uma vez que, o diagnóstico de infertilidade e os processos de PMA podem causar no casal um grande impacto e sofrimento emocional, o acompanhamento por uma equipa multidisciplinar e, concretamente do psicólogo torna-se uma mais valia para os casais, o que pode ser um dos motivos para explicar a reduzida taxa de ansiedade nestes casais, bem como a nulidade de depressão.

Assim, todos estes motivos apontam para a necessidade da existência de um acompanhamento psicológico adequado de cada um dos membros do casal, como já referido, uma vez que ocorrem alterações da vida individual e conjugal do casal quer no decurso do tratamento, quer ao longo da gravidez.

A relevância desta temática prende-se com o facto, de explorar a vivência individual de todo este processo por parte de cada um dos membros do casal, mas também se relaciona com aspetos sociais mais abrangentes, enaltecendo o papel fulcral que o psicólogo desempenha com estes casais, bem como o benefício de se trabalhar com uma equipa multidisciplinar. Pode ainda ser uma aliada para mudanças nas taxas e na forma como se

encara a natalidade (Associação Portuguesa de Fertilidade, 2013; Afrodite, 2009; DGS, 2008), e com a falta de dados a nível nacional no que concerne a este tema, emerge a necessidade de dar seguimento a estudos deste cariz.

Bibliografia

Almeida, L., Souza, C., Reginatto, F., Filho, J., Facin, A., Freitas, F., Lavic, Y., Passos, E. (2000). Histerossonossalpingografia e Histerossalpingografia no diagnóstico de permeabilidade de tubaria em pacientes inférteis. *Rer. Ass. Med Brasil*, (vol. 46 (nº.4), pp. 342 – 345).

Almqvist, F., Flykt, M., Lindblom, J., Poikkeus, P., Punamaki, R., Repokari, L., Sinkkonen, J., Tiitinen, A., Tulppala, M., Unkila-Kallio, L. & Vilska, S. (2009). Prenatal Expectations in Transition to Parenthood: Former Infertility and Family Dynamic Considerations. *Journal of Family Psychology*, 23(6), 779-789;

Associação Portuguesa de Fertilidade (2013/10/30). Prevalência da infertilidade. Consultado em: <http://www.apfertilidade.org/web/o-que-e-a-infertilidade>.

Batista, M., Dahren, A., Torres, E. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psic revista de psicologia da Vetor Editora*. (Vol. 7 (nº1), pp. 39 – 48).

Bertolini, L. B. A. (2002). Funções paternas, maternas e conjugais na Sociedade Ocidental. Em A. L. B. Bertolini (org.). *Relações entre o trabalho da mulher e a dinâmica familiar* (pp. 27-31).

Bibring, Grete L.; Dwyer, T. F.; Huntington, Dorothy S.; Valenstein, A. F. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. *The Psychoanalytic Study of the Child*, (Vol 16.) pp. 9-72.

Bjelland, I., Dahl, A., Haug, T., Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69–77.

Borges (2002). A parentalidade nos casais em situação de infertilidade. *International Journal of Development and Educational Psychology*, (n. 1 Vol. 3. pp. 427 – 432).

Bornholdt, E., Wagner, A., Staudt, A. (2007). A vivência da gravidez do primeiro filho à luz da perspectiva paterna. *Psicologia. Clinica., Rio de Janeiro*. (vol. 19 nº 1 pp 75-92).

Brennan, A., Ayers, S., Ahmed, H. & Marshall-Lucette, S. (2007). A critical review of the Couvade syndrome: The pregnant male. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25(3), pp. 173-189.

Burns, L.H., Covington SN. Eds. *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians*. New York, 2006.

Caeiro, M. I., Xavier, M. R. (2010). Construção e Validação de Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade: Estudo Preliminar

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). Coimbra: Quarteto Editora.

Collins, A., Hjelmstedt, A., Matthiesen, A., Widstrom, A. & Wramsby, H. (2003). Personality factors and emotional responses to pregnancy among IVF couples in early pregnancy: a comparative study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83(1), 152-161.

Conde, A., Figueiredo. B. (2003). Ansiedade na Gravidez: Fatores de risco e implicações para a saúde e bem estar da mãe. (vol. 24, pp. 197-209). Consultado em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4217/1/Ansiedade%20na%20gravidez%20%282003%29.pdf>

Cousineau, T., Domar, A. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. (vol. 21, pp. 293 – 309). Consultado em: <http://www.sciencedirect.com>

DGS (2008), Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Saúde reprodutiva/Infertilidade/Direcção-Geral da Saúde. Consultado no website: www.saudereprodutiva.dgs.pt

Ehrensaft, D. (2012). The 'Birth Other' in assisted reproduction. Consultado em: http://www.radcliffehealth.com/sites/radcliffehealth.com/files/books/samplechapter/5195/15_PsychodynamicMed_Ch15-4ad64280rdz.pdf

ESHRE (2015) Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – A guide for fertility staff.

Estudo Afrodite (2009). Caracterização da Infertilidade em Portugal. Consultado em: <http://www.ciencia20.up.pt/attachments/article/234/AFRODITE.pdf>

Eugester, A. And Vingerhoets, A.J. (1999) Psychological aspects of *in vitro* fertilization: a review. *Soc. Sci. Med.*, 5, 575-589

Figueirdo, B. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento na maternidade. In I. Soares (org.), *Trajéórias (in) adaptadas de desenvolvimento* (pp.347-380). Coimbra.

Faramarzi, M., Alipor, A., Esmaelzadeh, S., Kheirkhah, F., Poladi, K., Pash, H. (2008). Treatment of depression and anxiety in infertile women: cognitive behavioral therapy versus fluoxetine. *Journal of affective disorders*. 108 (1), 159-164.

Fisher, J. (2009). Infertility and assisted reproduction. *Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature*. (Vol. 8 pp. 128 – 146). WHO Library Cataloguing-in-Publication.

Gameiro, S., Moura-Ramos, M., Canavarro, C., Soares, I. (2010). Psychosocial Adjustment During the Transition to Parenthood of Portuguese Couples Who Conceived Spontaneously or Through Assisted Reproductive Technologies. *Research in Nursing & Health* , 33, 207–220.

Gameiro, S., Silva, S., Canavarro, M. (2008). A experiência masculina de infertilidade e de reprodução medicamente assistida. *Psicologia, Saúde & Doença*, 9 (2), 253-270.

Hardy, E., & Makuch, M. Y. (2002). Gender, Infertility and ART. In E. Vayena, P. J. Rowe & P. D. Griffin (Eds.), *Current practices and controversies in Assisted Reproduction* (pp. 272-280). Geneva: World Health Organization.

Lepecka-Klusek, C., & Jakiel, G. (2007). Difficulties in adaptation to pregnancy following natural conception or use of assisted reproduction techniques: A comparative study. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 12, 51-57.

Nascimento, M. (2003). Preparar para o nascimento. *Análise psicológica*, 1 (XXI), 47 – 51.

Paul, M.C., Sousa, L., & Xavier, M.R. (2001). Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (cedido pelos autores). Universidade do Porto.

Piccinini, C., Gomes, A., Nardin, T., Lopes, R., (2008) Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em estudo*. (vol. 13 nº 1 pp 63 – 72).

Piccinini, C., Siva, M., Gonçalves, T., Lopes, R. (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e crítica*. Vol. 17 (3) pp. 303 – 314.

Portelinha, C. (2003). *Sexualidade Durante a Gravidez*. Coimbra.

Reis, S., Xavier, M. R., Coelho, R., Montenegro, N. (2013) Psychological impact of single and multiple courses of assisted reproductive treatments in couples: a comparative study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*.

Santos, T., Ramos, M. (2010) Implicações psicológicas do sucesso e do insucesso. *Estabilidade e Procriação Medicamente Assistida* (1ª ed.) pp. 109-127. Coimbra.

Santos, T., Ramos, M. (2010) O casal face à incapacidade de procriar: a adaptação individual e conjugal perante o diagnóstico de infertilidade e no tratamento. *Estabilidade e Procriação medicamente assistida* (1ª ed.) pp. 27-43. Coimbra.

Traina, E., Mattar, R., Moron, A., Neto, C., Matheus, E. (2004). Acurácia Diagnóstica da Histerossalpingografia e da Ultra-Sonografia para Avaliação de Doenças da Cavidade Uterina em Pacientes com Abortamento Recorrente. *RBGO*, 26, 7, 527 – 533.

Volgsten, H., Skoog Svanberg, A., Ekselius, L., Lundkvist, O., Sundstrom, I. (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*. (Vol.23, nº.9 pp. 2056–2063).

Xavier, M.R. (2000). Estatuto de Risco das Crianças Expostas a Substâncias Ilícitas Durante a Gestação. (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade do Porto, Portugal.

ANEXOS

Anexo 1 – Consentimento Informado



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Faculdade de Educação e Psicologia

Exma(o) Srª/Srº,

Um grupo de investigadores da **Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa**, e do **Centro Hospitalar do Alto Ave E.P.E. de Guimarães**, coordenado pela Profª Doutora Maria Raul Lobo Xavier, está a desenvolver um projecto de investigação acerca da VIVÊNCIA PSICOLÓGICA DA GRAVIDEZ APÓS SUCESSO DE TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDAS nos homens e nas mulheres. Os objectivos gerais deste projecto consistem na exploração das características da gravidez após sucesso com intervenção de Técnicas de Reprodução Medicamente Assistidas (TRMA), nos membros do casal – (atitudes face à gravidez e à maternidade/paternidade, ansiedade e depressão e relação diádica).

Vimos assim, por este meio, solicitar a sua disponibilidade para o preenchimento do questionário que se anexa.

Os dados deste estudo serão **mantidos confidenciais**, sendo divulgados publicamente apenas os resultados globais por grupos de indivíduos sem qualquer informação que leve à identificação dos respectivos participantes.

Poderão recusar a participação ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem qualquer prejuízo por esse facto.

A responsável pelo projecto,

Maria Raul Lobo Xavier

(Profª Auxiliar da FEP-UCP)

Consentimento



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Faculdade de Educação e Psicologia

Fui informado/a e percebi os objectivos e procedimentos do estudo e aceito participar no projecto, consentindo que os dados sejam apresentados de forma completamente anónima e confidencial em apresentações públicas, congressos científicos e publicações.

Data ___/___/___

Assinatura -

(Contactos: Profª. Doutora Maria Raul Lobo Xavier - Tel: 22 619 62 00/ Ext 134)

Anexo 2 – Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade



ESCALA DE ATITUDES SOBRE A GRAVIDEZ E A MATERNIDADE - EAGM

Xavier, M.R.; Paul, M.C.; Sousa, L.

Data: ___/___/___

Data de nascimento do mãe:

Escolaridade:

Estado civil:

Profissão:

Actualmente empregada - Sim / Não

Tempo de gravidez (em semanas):

Gravidez ocorrida após tratamento de procriação medicamente assistida? Sim / Não

Se sim,

primeira tentativa - Sim / Não *ou* segunda ou mais - Sim / Não

Sexo do bebé (quando conhecido): F / M

Número de filhos (nascidos anteriormente):

Por favor, leia atentamente as afirmações que se seguem e responda rapidamente, de acordo com a primeira ideia que lhe ocorrer. Note que não há respostas certas ou erradas, é apenas uma questão de opinião.

Faça um círculo à volta do número que corresponde à sua opinião.

SEMPRE	MUITAS VEZES	POUCAS VEZES	NUNCA
1	2	3	4

1. Penso que vou ser uma boa mãe	1 2 3 4
2. Com a gravidez sinto-me mais responsável	1 2 3 4
3. A gravidez é um período difícil na vida de uma mulher	1 2 3 4
4. Desde que estou grávida que tenho necessidade de mais apoio	1 2 3 4
5. Considero a minha própria mãe como uma verdadeira amiga	1 2 3 4
6. Imagino-me a brincar com o meu filho	1 2 3 4
7. O apoio do marido/companheiro é muito importante durante a gravidez	1 2 3 4
8. Durante a gravidez tenho-me preocupado com o meu aspecto	1 2 3 4

9. Os bebés são todos iguais no primeiro ano de vida	1	2	3	4
10. Desde que estou grávida que me sinto mais próxima do meu marido/ companheiro	1	2	3	4
11. Imagino-me a passear com o bebé ao colo	1	2	3	4
12. Desde que se preste os cuidados básicos ao bebé, como dar-lhe de comer e mantê-lo limpo, tudo correrá bem	1	2	3	4
13. A minha mãe compreendia os meus problemas e preocupações	1	2	3	4
14. Estar grávida é um enorme desgaste psicológico	1	2	3	4
15. O meu marido / companheiro tem ajudado durante a gravidez	1	2	3	4
16. A gravidez está a fazer-me mudar para melhor	1	2	3	4
17. Tenho pensado no futuro do meu bebé	1	2	3	4
18. Uma criança põe uma mulher nervosa se esta tiver que estar com ela todo o dia	1	2	3	4
19. Ter filhos altera a vida de uma mulher	1	2	3	4
20. O pai não é importante para ajudar a criar o seu filho	1	2	3	4
21. Desde que estou grávida sinto que o meu marido/companheiro compreende as minhas necessidades	1	2	3	4
22. Desde que estou grávida que vejo a vida de forma diferente	1	2	3	4

23. Uma boa mãe afasta as crianças das dificuldades da vida	1	2	3	4
24. Este bebé vai alterar a minha vida	1	2	3	4
25. O apoio do meu marido / companheiro tem sido muito importante durante a gravidez	1	2	3	4
26. Imagino-me a brincar no jardim com o meu filho, quando ele for mais crescido	1	2	3	4
27. É importante ser eu a ensinar o meu filho a usar o bacio	1	2	3	4
28. A gravidez faz-me sentir importante	1	2	3	4
29. Desde que estou grávida que tenho necessidade de mais carinhos	1	2	3	4
30. Depois do bebé nascer a minha vida vai mudar	1	2	3	4
31. Imagino-me a mudar as fraldas ao meu bebé	1	2	3	4
32. As avós têm mais tempo para olhar pelas crianças	1	2	3	4
33. Estar grávida é um enorme desgaste físico	1	2	3	4
34. Preocupo-me com a capacidade do meu marido / companheiro lidar com o bebé	1	2	3	4
35. A minha mãe merece o meu respeito pela forma como me educou	1	2	3	4

36. Tenho pensado como a gravidez é uma fase muito importante na minha vida	1	2	3	4
37. A minha mãe não me ajudou tanto quanto eu necessitava	1	2	3	4
38. Tenho pensado que depois do bebé nascer a minha vida vai mudar	1	2	3	4
39. Estou preocupada com a minha capacidade para enfrentar o parto	1	2	3	4
40. Durante a gravidez tenho-me preocupado em arranjar-me e vestir roupas bonitas	1	2	3	4
41. Desde que estou grávida que me sinto uma pessoa diferente.	1	2	3	4
42. A minha mãe fazia-me mimos	1	2	3	4

Anexo 3 – Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade



ESCALA DE ATITUDES SOBRE A GRAVIDEZ E A PATERNIDADE

Versão para estudo

Data : ___/___/___

Data de nascimento: / /

Estado civil:

Actualmente empregado: Sim / Não

Tempo de gravidez (em semanas):

Gravidez ocorrida após tratamento de procriação medicamente assistida? Sim / Não

Se sim,

primeira tentativa - Sim / Não

ou

Escolaridade:

Profissão:

segunda ou mais - Sim / Não

Sexo do bebé (quando conhecido): F / M

Número de filhos (nascido anteriormente):

Por favor, leia atentamente as afirmações que se seguem e responda rapidamente, de acordo com a primeira ideia que lhe ocorrer. Note que não há respostas certas ou erradas, é apenas uma questão de opinião.

Faça um círculo à volta do número que corresponde à sua opinião.

SEMPRE	MUITAS VEZES	POUCAS VEZES	NUNCA
1	2	3	4

1. Tenho pensado no futuro do meu bebé	1	2	3	4
2. Ter filhos altera a vida de um homem	1	2	3	4
3. Deve haver responsabilidades partilhadas entre pai e mãe, nos trabalhos domésticos e cuidados ao bebé	1	2	3	4
4. Com a gravidez sinto que preciso de mais apoio e carinho por parte da minha mulher/companheira	1	2	3	4
5. Os bebés são todos iguais no primeiro ano de vida	1	2	3	4
6. O pai tem um papel fundamental no acompanhamento do parto	1	2	3	4
7. Tenho-me preocupado com a possibilidade de deixar de ter tempo para mim depois do bebé nascer	1	2	3	4
8. Penso que vou ser um bom pai	1	2	3	4
9. Sinto-me feliz por vir a ser pai	1	2	3	4
10. Tenho tido problemas físicos	1	2	3	4
11. O marido/companheiro tem um papel importante de suporte material /financeiro à mulher e à criança	1	2	3	4
12. Preocupo-me com a saúde e bem-estar da minha mulher /companheira durante a gravidez	1	2	3	4
13. Sinto que a vida vai ser mais difícil depois do nascimento do bebé	1	2	3	4
14. Os pais precisam de mais informação sobre a gravidez e o desenvolvimento do bebé	1	2	3	4
15. Um bom relacionamento de casal facilita o envolvimento do pai com a criança	1	2	3	4
16. Tenho pensado como a gravidez é uma fase muito importante na minha vida	1	2	3	4

17. O apoio do marido/companheiro é muito importante durante a gravidez	1	2	3	4
18. Com a gravidez sinto que tenho necessidade de mais apoio	1	2	3	4
19. O pai deve ser o suporte financeiro e das necessidades materiais da família	1	2	3	4
20. Tenho estado presente nas consultas de acompanhamento da gravidez (ecografias, consultas pré-natais, etc)	1	2	3	4
21. A vida de casal fica alterada com o nascimento de um filho	1	2	3	4
22. Tenho pensado no que quero ensinar ao meu filho	1	2	3	4
23. A gravidez é um período difícil na vida de um homem.	1	2	3	4
24. Durante a gravidez as necessidades da minha mulher/companheira e do bebé são mais importantes que as minhas	1	2	3	4
25. Com a gravidez sinto que a minha mulher/companheira está diferente	1	2	3	4
26. Preocupo-me com a minha capacidade para lidar com o bebé	1	2	3	4
27. Sinto alegria quando penso que vou ser pai	1	2	3	4
28. Preocupo-me com a capacidade da minha mulher / companheira lidar com o bebé	1	2	3	4
29. Preocupo-me com a saúde e bem-estar do bebé que vai nascer	1	2	3	4
30. Tenho pensado nas questões financeiras associadas ao nascimento do bebé	1	2	3	4
31. Depois do bebé nascer a minha vida vai mudar	1	2	3	4
32. O marido/companheiro tem um papel importante de suporte emocional / psicológico à mulher durante a gravidez	1	2	3	4
33. Imagino-me a brincar no jardim com o meu filho, quando ele for mais crescido	1	2	3	4
34. Desde que se preste os cuidados básicos ao bebé, como dar-lhe de comer e mantê-lo limpo, tudo correrá bem	1	2	3	4
35. Imagino-me a mudar as fraldas ao meu bebé	1	2	3	4
36. Sinto-me confiante na minha capacidade de ser pai	1	2	3	4
37. O pai tem um papel fundamental no alívio do stress da grávida	1	2	3	4
38. Imagino-me a brincar com o meu filho	1	2	3	4
39. Sinto-me satisfeito com a ideia de vir a ser pai	1	2	3	4
40. Considero importante estar presente nas consultas de acompanhamento da gravidez (ecografias, consultas pré-natais, etc).	1	2	3	4
41. Tenho-me preocupado com a gravidez	1	2	3	4
42. Sinto-me disponível para educar e cuidar do meu filho	1	2	3	4

43. Preocupa-me a possibilidade de existirem complicações com o bebé durante a gravidez	1	2	3	4
44. Com a gravidez sinto-me mais responsável	1	2	3	4
45. Penso que vão acontecer alterações importantes na nossa vida	1	2	3	4
46. Tenho pensado que depois do bebé nascer não vou ter tempo para mim	1	2	3	4
47. A gravidez está a fazer-me mudar para melhor	1	2	3	4
48. Sinto vómitos, náuseas, mal-estar no estômago e/ou alterações de apetite	1	2	3	4
49. O pai tem um papel fundamental no alívio do stresse da grávida e no parto	1	2	3	4
50. Estou preocupado com a minha capacidade para enfrentar o parto	1	2	3	4
51. Sinto ciúmes do bebé	1	2	3	4
52. Preocupo-me com a capacidade da minha mulher / companheira lidar com a gravidez	1	2	3	4
53. Este bebé vai alterar a minha vida	1	2	3	4
54. Tenho problemas de sono	1	2	3	4
55. Estou preocupado com a capacidade da minha mulher/companheira para enfrentar o parto	1	2	3	4
56. Sinto-me inseguro quando penso que vou ser pai	1	2	3	4
57. A gravidez faz-me sentir importante	1	2	3	4
58. Uma criança põe um homem nervoso se ele tiver de estar com ela todo o dia	1	2	3	4
59. Sinto-me ansioso quando penso que vou ser pai	1	2	3	4
60. Com a gravidez sinto que preciso de mais carinho	1	2	3	4
61. Costumo tocar ou passar a mão na barriga onde está o bebé	1	2	3	4
62. O pai é importante para ajudar a criar o seu filho	1	2	3	4
63. Penso que a nossa vida vai mudar	1	2	3	4
64. Tenho ajudado durante a gravidez	1	2	3	4
65. Desde que sei da gravidez que me sinto uma pessoa diferente	1	2	3	4
66. Ter filhos altera a vida do casal	1	2	3	4
67. Durante a gravidez as minhas necessidades são secundárias	1	2	3	4
68. Sinto inveja e ciúmes da minha mulher /companheira	1	2	3	4

69. Tenho pensado na forma como quero educar o meu filho	1	2	3	4
70. Desde a notícia da gravidez que me sinto mais próximo da minha mulher / companheira	1	2	3	4
71. Desde que sei da gravidez vejo a vida de forma diferente	1	2	3	4
72. Sinto-me próximo do meu bebé	1	2	3	4
73. Preocupa-me a possibilidade da vida de casal ficar alterada com o nascimento do bebe	1	2	3	4
74. Costumo conversar com o bebé ainda na barriga da mãe	1	2	3	4
75. Sinto-me excluído da vivência da gravidez	1	2	3	4
76. Imagino-me a passear com o bebé ao colo	1	2	3	4

Anexo 4 – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalares (HADS)

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalares (HADS)

(Teresa McIntyre, Graça Pereira, Vera Soares, Luís Gouveia, Sofia Silva, 1999)

NOME: _____

DATA: ___ / ___ / _____

Este questionário ajudará o seu médico a saber como se tem sentido. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponde à como tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso pensar muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A 1) Sinto-me tenso:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- De vez em quando, ocasionalmente
- Nunca

D 2) Eu ainda gosto das coisas que costumava gostar:

- Sim, tanto como gostava
- Não tanto como gostava
- Só um pouco do que gostava
- Nada como gostava

A 3) Eu sinto-me um pouco assustado(a), como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim, e bastante forte

- Sim, mas não tão forte
- Um pouco, mas isso não me preocupa
- Não, de maneira nenhuma

D 4) Consigo rir-me e ver o lado engraçado das coisas:

- Tanto como costumava conseguir
- Não tanto como costumava conseguir
- Definitivamente, não tanto como costumava conseguir
- Não, de maneira nenhuma

A 5) Tenho preocupações que não me saem da cabeça:

- A maior parte do tempo
- Muito tempo
- De vez em quando, mas não muitas vezes
- Apenas ocasionalmente

D 6) Sinto-me alegre:

- Nunca
- Poucas vezes
- Às vezes
- A maior parte do tempo

A 7) Consigo ficar sentado à vontade e sentir-me relaxado:

- Sim, definitivamente

- Geralmente
- Poucas vezes
- De modo nenhum

D 8) Sinto-me mais lento(a) ou vagaroso(a):

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Às vezes
- Nunca

A 9) Sinto uma espécie de medo, como se fosse um aperto no estômago (“borboletas”):

- Nunca
- Ocasionalmente
- Bastantes vezes
- Muitas vezes

D 10) Perdi o interesse pela minha aparência:

- Sim, definitivamente
- Não me cuido tanto como deveria
- Talvez não me cuide tanto
- cuido-me como sempre

A 11) Sinto inquieto(a), como se estivesse que estar sempre a andar de um lado para o outro:

- Sim
- Sim, bastante

- Não muito
- Não, de forma alguma

D 12) Antecipo as coisas com satisfação:

- Tanto como costumava fazer anteriormente
- Um pouco menos do que anteriormente
- Muito menos que anteriormente
- Quase nunca

A 13) Tenho sentimentos súbitos de pânico:

- Com muita frequência
- Bastantes vezes
- Não muitas vezes
- Nunca

D 14) Consigo apreciar um bom livro, programa de televisão ou de rádio:

- Frequentemente
- Às vezes
- Poucas vezes
- Raramente