



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

Vinculação paterna ao feto: ansiedade e perceção da qualidade do relacionamento conjugal

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Rosália Marina Teixeira Gonçalves



FACULDADE DE FILOSOFIA
JULHO 2013



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

Vinculação paterna ao feto: ansiedade e perceção da qualidade do relacionamento conjugal

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Rosália Marina Teixeira Gonçalves

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eleonora Costa**
Coorientação da Dra. **Ana Margarida Trovisqueira**



FACULDADE DE FILOSOFIA
JULHO 2013

Agradecimentos

A realização deste trabalho não seria possível sem o contributo de um conjunto de pessoas que, direta ou indiretamente, me ajudaram a ultrapassar as adversidades surgidas durante a sua concretização.

Agradeço à Professora Ana Margarida Trovisqueira pela disponibilidade demonstrada ao longo da realização da presente dissertação, assim como a dedicação, saber, transmissão de conhecimentos e contínuo incentivo ao longo deste percurso.

À Dra. Zita Moreira agradeço o acolhimento no Centro de Saúde de Fafe, como minha orientadora de estágio curricular, que não só incrementou o meu interesse pela psicologia da gravidez como me apoiou ao longo deste percurso.

Os meus agradecimentos a todos os professores, Dr.^a Ana Paula Camarneiro e Dr.^a Bárbara Figueiredo, que amavelmente me facilitaram a utilização das medidas psicométricas da sua autoria ou por si adaptadas.

Às instituições que colaboraram neste estudo, agradeço e manifesto o meu reconhecimento pela disponibilidade com que me receberam e permitiram a sua realização.

Ao Dr. Henrique Botelho, à Dra. Dulce Lemos ao Dr. Sá Nogueira pela forma calorosa com que me receberam, como também, pela preciosa cooperação e profissionalismo.

Às enfermeiras Cláudia Boticas, Patrícia Capela e Fátima Peixoto expresso a minha gratidão pela amável receptividade e cooperação que foram fundamentais para a execução da parte empírica desta dissertação.

Aos futuros papás que aceitaram participar nesta investigação, agradeço a generosidade com que preencheram os questionários sempre que foram solicitados respondendo a questões tão pessoais num período sensível das suas vidas. A eles, o meu muito obrigada.

Aos colegas que comigo partilharam reflexões e saberes, estou muito reconhecida, assim como todos aqueles que de alguma forma colaboraram na concretização deste projeto, especialmente à Sofia pela partilha, carinho e amizade.

Aos meus amigos, pelo apoio e estímulo dado em todos os momentos, principalmente por estarem sempre presentes nos momentos críticos, pela companhia, pela paciência, pelo encorajamento, pela compreensão e apoio prestado quando a desmotivação “ameaçava”.

E como não poderia deixar de ser, à minha família um enorme e verdadeiro agradecimento pelo facto de me terem ajudado a cumprir mais uma fase. Agradeço-lhes o incentivo, a compreensão e tolerância que tiveram para comigo ao longo deste trabalho,

proporcionando-me um valioso suporte emocional. Obrigada pelo vosso apoio e afeto que foram tão importantes e fulcrais nesta etapa.

Agradeço assim, a todas as pessoas referenciadas e a todas as outras que me possa ter esquecido de mencionar.

Resumo

O estado de gravidez, fisicamente condicionado à mulher, não exclui o envolvimento do pai, particularmente na gestação. De facto, a vinculação do pai ao feto inicia na gravidez mostrando muitos homens o seu envolvimento através da interação com o feto na barriga, do apoio emocional à gestante e pela presença nas consultas obstétricas. Este vínculo considerado um vínculo de carácter indireto mediado pela mãe, desenvolve-se através das representações internas feitas ao longo da gravidez. O presente estudo, descritivo transversal, teve como objetivo principal caracterizar uma amostra de homens durante o período de gravidez da companheira ao nível da vinculação pré-natal, ansiedade e qualidade do relacionamento conjugal. A amostra foi constituída por 61 homens companheiros de utentes grávidas do ACES do Alto Ave. Foram utilizadas as versões portuguesas do *Antenatal Emotional Attachment Scale*, *State-Trait Anxiety Inventory* e *Relationship Questionnaire*. Os resultados indicaram que durante o período gestacional os participantes apresentam vinculação forte e saudável ao feto, níveis de ansiedade estado mais baixos do que ansiedade traço e percebem mais positivamente a relação conjugal do que negativamente. Verificou-se que os participantes mais velhos apresentam uma qualidade de vinculação ao feto inferior e uma percepção mais negativa da relação conjugal do que os mais novos. Estes dados indicam a necessidade de novas investigações neste âmbito para uma melhor compreensão do período pré-natal na perspetiva masculina.

Palavras-chave: *vinculação paterna pré-natal, ansiedade, qualidade da relação conjugal.*

Abstract

The state of pregnancy, physically conditioned to woman, does not exclude the involvement of the father, particularly during pregnancy. The bond between father and fetus starts at the beginning of the gestational period, demonstrating males this involvement through interaction with their companion's belly, emotional support to the pregnant and presence in obstetric visits. This bond is considered an direct link mediated by mother nature, developed through internal representations made throughout pregnancy. This cross sectional study intends, an main goal, to characterize a sample of men, future fathers during thin companion's pregnancy in terms of prenatal entailment, anxiety and quality of marital relationship. The sample consisted of 61 men pregnant fellow users of ACES Alto. Portuguese versions of the Antenatal Emotional Attachment Scale, State-Trait Anxiety Inventory and Relationship Questionnaire were used as research tools. The results indicated that during the gestational period participants revealed a strong and healthy attachment to fetus, levels of state anxiety lower than trait anxiety as well as the perception of more positive than negative aspects in marital relationship. It was also demonstrated that older participants have a lower quality bond to the fetus and a more negative perception of the marital relationship. These data indicate the need for further.

Keywords: linking paternal prenatal anxiety, quality of the marital relationship.

Índice

Introdução	13
Parte I – Concetualização Teórica	15
1. Vinculação pré-natal	16
1.1. Vinculação	16
1.2. Vinculação na gravidez	18
1.2.1. Padrões de vinculação na gravidez	21
2. Vinculação paterna ao feto	23
2.1. O homem e a gravidez	24
2.1.1. Identidade parental na gravidez.....	24
2.1.2. Experiência emocional paterna da gravidez	25
2.1.3. O pai e o projeto de paternidade	27
2.2. Vinculação pai-bebé na gravidez	28
2.2.1. Fatores mediadores da relação pai-bebé na gravidez	31
2.2.1.1. Insatisfação conjugal e vinculação pai-feto	33
2.2.1.2. Ansiedade paterna e ligação ao bebé	34
Parte II – Estudo Empírico	37
3. Metodologia	38
3.1. Objetivos e desenho do estudo	38
3.2. Variáveis em estudo	38
3.3. Procedimentos de recolha dos dados	39
3.4. Amostra	40
3.4.1. Caraterização sociodemográfica da amostra	40
3.4.2. Caraterização clínica da amostra	42
3.4.3. Caraterização da amostra relativamente aos dados acerca da gravidez e da parentalidade	43
3.4.4. Caraterização sociodemográfica dos participantes primíparos e múltíparos ...	47
3.4.5. Caraterização clínica dos participantes primíparos e múltíparos	50
3.4.6. Caraterização dos participantes primíparos e múltíparos relativamente aos dados acerca da gravidez e parentalidade	51
3.5. Material e instrumentos	56

3.5.1. Questionário de dados sociodemográficos, dados clínicos e acerca da gravidez/parentalidade	56
3.5.2. <i>Antenatal Emotional Attachment Scale</i>	57
3.5.2.1. Características psicométricas da AEAS na amostra em estudo	58
3.5.3. <i>State-Trait Anxiety Inventory</i>	60
3.5.3.1. Características psicométricas do STAI-T/E na amostra em estudo	61
3.5.4. <i>Relationship Questionnaire</i>	63
3.5.4.1. Características psicométricas do RQ na amostra em estudo	63
3.6. Procedimentos de análise dos dados	65
4. Apresentação dos resultados	67
4.1. Resultados descritivos na amostra total	67
4.1.1. Vinculação pré-natal paterna	67
4.1.2. Ansiedade	67
4.1.3. Qualidade do relacionamento conjugal	68
4.2. Conhecimentos acerca da gravidez/parentalidade	68
4.3. Comparação de grupos: participantes primíparos e múltiparos	80
4.3.1. Vinculação pré-natal paterna	80
4.3.2. Ansiedade	81
4.3.3. Qualidade do Relacionamento Conjugal	82
4.4. Associação entre as variáveis	84
4.4.1. Associação entre variáveis nas subamostras de participantes primíparos e de participantes múltiparos	86
4.5. Variação dos resultados	90
4.5.1. Variação dos resultados em função da idade dos participantes	90
4.5.1.1. Vinculação pré-natal: variação com a idade dos participantes	90
4.5.1.2. Ansiedade: variação dos resultados em função da idade dos participantes	91
4.5.1.3. Relacionamento conjugal: variação com a idade	92
4.5.2. Variação dos resultados com o tempo de relacionamento conjugal	93
4.5.2.1. Vinculação pré-natal paterna: variação com o tempo de relacionamento conjugal	93
4.5.2.2. Ansiedade: variação dos resultados em função do tempo de relacionamento conjugal	94

4.5.2.3. Relacionamento conjugal: variação com o tempo de relacionamento conjugal	95
4.5.3. Variação dos resultados em função do tempo de gestação da companheira ...	95
4.5.3.1. Vinculação pré-natal paterna: variação com o tempo de gestação da companheira	96
4.5.3.2. Ansiedade: variação com o tempo de gestação da companheira	97
4.5.3.3. Relacionamento conjugal: variação com o tempo de gestação da companheira	97
4.6. Análises exploratórias	98
5. Discussão dos resultados	100
5.1. Resultados descritivos	100
5.2. Estudo de comparação de grupos	102
5.3. Associação das subescalas	104
5.4. Variação dos resultados em função das variáveis sociodemográficas e acerca da gravidez	106
5.4.1. Idade	106
5.4.2. Tempo de relacionamento conjugal	107
5.4.3. Tempo de gestação da companheira	108
6. Conclusão, limitações do estudo e implicações futuras	110
Referências Bibliográficas	114
Anexos	126
Anexo 1: Parecer da ARS Norte	127
Anexo 2: Consentimento Informado	129
Anexo 3: Folha de rosto dos instrumentos de avaliação	131

Índice de Figuras

Figura 1: Padrões de vinculação pré-natal obtidos a partir do cruzamento das dimensões da escala de vinculação pré-natal	22
--	----

Índice de Quadros

Quadro 1: Caracterização sociodemográfica amostra total (N=61)	41
Quadro 2: Caracterização clínica amostra total (N=61)	43
Quadro 3: Caracterização da amostra relativamente aos dados acerca da gravidez/parentalidade (N=61)	45
Quadro 4: Caracterização sociodemográfica das subamostras: participantes primíparos e múltiparos (N=61)	48
Quadro 5: Caracterização clínica das subamostras: participantes primíparos e múltiparos (N=61)	51
Quadro 6: Caracterização de dados acerca da gravidez/parentalidade das subamostras: participantes primíparos e múltiparos (N=61)	54
Quadro 7: Resultados da análise de consistência interna da subescala qualidade da vinculação (N=61)	58
Quadro 8: Resultados da análise de consistência interna da subescala intensidade de preocupação (N=61)	59
Quadro 9: Resultados da análise de consistência interna da subescala ansiedade estado (N=61)	61
Quadro 10: Resultados da análise de consistência interna da subescala ansiedade traço (N=61)	62
Quadro 11: Resultados da análise de consistência interna da subescala relacionamento conjugal positivo (N=61)	64
Quadro 12: Resultados da análise de consistência interna da subescala relacionamento conjugal negativo (N=61)	64
Quadro 13: Resultados da análise de consistência interna do relacionamento conjugal total da amostra total (N=61)	65
Quadro 14: Resultados descritivos da vinculação pré-natal paterna, subescala qualidade de vinculação e intensidade da preocupação, na amostra total (N=61)	67
Quadro 15: Resultados descritivos para a amostra total nas subescalas ansiedade estado e ansiedade traço (N=61)	68

Quadro 16: Resultados descritivos das subescalas do relacionamento conjugal na amostra em estudo (N=61)	68
Quadro 17: Frequências e percentagens de respostas verdadeiras, falsas e de desconhecimento sobre a gravidez/parentalidade na amostra total (N=61)	69
Quadro 18: Frequências e percentagens de respostas verdadeiras, falsas e de desconhecimento sobre a gravidez/parentalidade na amostra de participantes primíparos (n=35)	74
Quadro 19: Frequências e percentagens de respostas verdadeiras, falsas e de desconhecimento sobre a gravidez/parentalidade na amostra de participantes múltiparos (n=26)	77
Quadro 20: Resultados do teste de <i>U Mann-Whitney</i> na comparação de grupos (participantes primíparos e múltiparos) na qualidade de vinculação e intensidade de preocupação (N=61)	80
Quadro 21: Resultados do teste <i>U de Mann Whitney</i> na comparação de grupos (participantes primíparos e múltiparos) na ansiedade estado (N=61)	81
Quadro 22: Resultados do teste t para amostras independentes na comparação de grupos (participantes primíparos e múltiparos) na ansiedade traço (N=61)	81
Quadro 23: Resultados do <i>U Mann-Whitney</i> na comparação de grupos (participantes primíparos e múltiparos) no total da qualidade do relacionamento conjugal (N=61)	83
Quadro 24: Coeficientes de correlação de <i>Spearman's Rho</i> entre as subescalas de vinculação pré-natal paterna, de relacionamento conjugal e de ansiedade, na amostra total (N=61)	85
Quadro 25: Coeficientes de correlação de <i>Spearman's Rho</i> entre as subescalas da vinculação pré-natal paterna, relacionamento conjugal e ansiedade na subamostra de participantes primíparos (n=35)	87
Quadro 26: Coeficientes de correlação de <i>Spearman's Rho</i> entre as subescalas da vinculação pré-natal paterna, relacionamento conjugal e ansiedade na subamostra de participantes múltiparos (n=26)	89
Quadro 27: Resultados do teste <i>U Mann-Whitney</i> na subescala qualidade de vinculação, em função da idade (N=61)	91
Quadro 28: Resultados da análise do <i>t-test para amostras independentes</i> para a subescala intensidade de preocupação em função da idade (N=61)	91
Quadro 29: Resultados da análise do <i>t-test para amostras independentes</i> para as subescalas de ansiedade em função da idade (N=61)	92
Quadro 30: Resultados do teste <i>U de Mann Whitney</i> nas subescalas qualidade de relacionamento conjugal, positivo e negativo, em função da idade na amostra total (N=61)	92

Quadro 31: Resultados do teste <i>Kruskal-Wallis</i> na comparação de grupos em função do tempo de relacionamento conjugal, para a subescala qualidade de vinculação na amostra total (N=61)	93
Quadro 32: Resultados da análise <i>Anova One-Way</i> para a subescala intensidade de preocupação em função do tempo de relacionamento conjugal (N=61)	94
Quadro 33: Resultados da análise de variância nas subescalas de ansiedade em função do tempo de relacionamento conjugal na amostra total (N=61)	95
Quadro 34: Resultados do teste <i>Kruskal-Wallis</i> na comparação dos grupos em função do tempo de relacionamento conjugal nas subescalas de relacionamento conjugal (N=61)	95
Quadro 35: Resultados do teste <i>Kruskal-Wallis</i> na comparação de grupos em função do tempo de gestação da companheira para a subescala qualidade de vinculação na amostra total (N=61)	96
Quadro 36: Resultados da análise de variância na subescala intensidade de preocupação em função do tempo de gestação da companheira na amostra total (N=61)	96
Quadro 37: Resultados da análise de variância nas subescalas de ansiedade em função do tempo de gestação da companheira na amostra total (N=61)	97
Quadro 38: Resultados do teste <i>Kruskal Wallis</i> na comparação de grupos em função do tempo de gestação da companheira na subescala ansiedade estado e ansiedade traço na amostra total (N=61)	97

Introdução

A vinculação pré-natal corresponde ao laço emocional estabelecido entre pais e filhos antes do nascimento. Este vínculo é de extrema importância na relação pai-filho/a, sendo determinante no relacionamento futuro estabelecido entre ambos. Apesar de serem vastos os estudos relacionados com a vinculação, a temática envolvendo o papel paterno na gravidez ainda se encontra pouco abordada, uma vez que os investigadores se centram maioritariamente na mulher ou no casal.

O facto da gravidez se desenvolver no interior da companheira, faz com que o homem se envolva na gravidez de modo diferente da mulher, o que pode resultar num período curto de gestação psicológica e identidade parental (Jager & Bottoli, 2011; Bornholdt & Wagner, 2005; Gomez, 2005; Delmore-Ko, Pancer, Hunsberger & Pratt, 2000; Maldonado, Dicksteis & Nahoum, 1997; Sá, 1997; Colman & Colman, 1994). Porém, os homens estão a tornar-se mais conscientes da importante transição que ocorre nas suas vidas durante a gestação levando-os a procurar a própria experiência pessoal (Piccinini, Levandowski, Gomes, Lindenmeyer & Lopes, 2009; Raphael-Leff, 2009; Conde, 2008; Bornholdt, Wager & Staudt, 2007; Gomez, 2005; Camus, 2002; Sá, 1997; Condon, 1993; Brazelton & Cramer, 1992). O envolvimento emocional paterno com o feto ao longo da gravidez, torna-se progressivamente maior à medida que a gestação avança, reforçando o pai a sua vinculação ao bebé (Camarneiro, 2011; Gomez & Leal, 2007; Bornholdt & Wagner, 2005; Gomez, 2005; Camus, 2002; Gomez, Leal & Figueiredo, 2002; Condon, 1993; Brazelton & Cramer, 1992). Este envolvimento emocional paterno com o filho é concretizado pelos acontecimentos descritos pela mãe. No entanto, outros acontecimentos reforçam este envolvimento, como a observação das ecografias, a auscultação cardíaca fetal, o sentir o bebé através do toque no ventre materno. Através destes acontecimentos desenvolve-se a vinculação pré-natal pai-bebé (Sá, 2003). Um maior envolvimento paterno permite uma participação mais ativa do pai na decisão da gravidez, um acompanhamento da mulher a pelo menos uma consulta, frequência em aulas de preparação para o parto, aprender coisas sobre o trabalho de parto e o nascimento e construção de uma relação com os seus filhos (Camarneiro, 2007; Gomez, 2005). Neste sentido, Gomez (2005) considera que por vezes o pai é considerado um elemento fundamental e insubstituível. Este facto faz com que cada vez mais o pai seja descrito como mais afetivo, mais ativo, mais envolvido, mais dialogante, mais aberto, mais compreensivo, mais descontraído e mais democrático do que o pai da anterior geração (Gomez, 2005).

A formação de uma família relacional implica que se criem condições necessárias à integração de mais um elemento na família. De tal forma, verifica-se uma crescente investigação acerca dos fatores que interferem nas alterações que ocorrem durante a gravidez, nomeadamente no relacionamento conjugal e no estado emocional (e.g. ansiedade). As alterações psicológicas repercutem-se no comportamento e nas emoções não só do homem como também na mulher e, conseqüentemente no feto (Camarneiro 2007; Figueiredo, 2005; Figueiredo, 2004). É neste sentido, que a relação entre a vinculação pré-natal e as variáveis psicossociais e de saúde características do período gestacional têm sido abordadas na literatura. As mais apontadas são as variáveis sociodemográficas, ginecológicas e obstétricas, qualidade das relações interpessoais, intrapessoais e de boas práticas de saúde (Camarneiro, 2011).

Atendendo, ao exposto e à escassez de estudos que se debruçam especificamente na vivência paterna da gravidez, mostra-se pertinente investigar a ligação pai-bebé durante o período gestacional, focando a ansiedade e a perceção do futuro pai acerca da qualidade do relacionamento conjugal. Assim, a presente investigação procura caracterizar uma amostra de homens durante o período de gravidez da companheira em relação à vinculação pré-natal ao feto, estudando a sua associação com os níveis de ansiedade dos homens e com a perceção da qualidade do relacionamento conjugal.

Esta dissertação de mestrado encontra-se organizada em duas partes. A primeira parte do estudo compreende a componente teórica que apresenta uma revisão da literatura acerca do tema. A segunda parte refere-se ao estudo empírico. A concetualização teórica repartiu-se em dois pontos: o primeiro aborda a “Vinculação pré-natal” sendo caracterizada a vinculação na gravidez e os padrões de vinculação pré-natal que se revelam cruciais na promoção de uma parentalidade saudável e vinculações seguras. No segundo ponto da componente teórica, intitulado “Vinculação paterna ao feto” será apresentado o modo como o homem se envolve na gravidez e as tarefas desenvolvimentais do homem associadas a este período. Neste mesmo ponto será dada ainda ênfase à relação pai-feto, através da análise do vínculo estabelecido entre pai e filho e os fatores que contribuem para a relação pai-bebé. Por fim, a componente prática menciona a investigação empírica realizada, apresentando a metodologia adotada e os resultados obtidos. São apontadas as limitações do estudo e propostas sugestões para estudos posteriores.

Parte I – Conceptualização Teórica

A fundamentação teórica deste estudo apresenta uma revisão da literatura acerca da vinculação abordando a forma como o conceito é definido e a respetiva perspetiva histórica. Atendendo aos objetivos da investigação, a revisão teórica foca particularmente a vinculação na gravidez, com referência aos padrões de vinculação pré-natal. Mais especificamente, é apresentada a relação estabelecida entre o pai e o feto durante a gestação destacando-se a forma como este se envolve na gravidez e as tarefas desenvolvimentais do homem associadas ao processo gravídico.

1. Vinculação pré-natal

A vinculação nos seres humanos ocorre ao longo de todo o seu desenvolvimento. Sá (1997) distingue três etapas de vinculação: vinculação pré-natal (durante a gravidez), vinculação perinatal (parto e pós-parto precoce) e vinculação pós-natal (pós-parto). Este estudo debruçou-se sobre a vinculação pré-natal. A vinculação pré-natal refere-se ao desenvolvimento de sentimentos dos pais pelo bebé antes deste nascer, isto é, durante o período da gravidez (Condon, 1993). A vinculação pais-filho tem assim um início precoce e pode remontar ao início da gravidez ou mesmo ao seu planeamento. Deste modo, a vinculação pré-natal refere-se à experiência única do cuidador em formar um laço emocional duradouro com o seu bebé que começa ainda durante a gravidez estendendo-se ao nascimento (Condon & Corkindale, 1997).

De seguida é apresentada uma revisão da literatura acerca da vinculação: conceito e ligação com a gravidez. Será ainda feita alusão aos padrões de vinculação pré-natal.

1.1. Vinculação

O estudo da vinculação remonta ao século XIX sendo Bowlby o primeiro autor a debruçar-se sobre o conceito. De acordo com Bowlby (1984) a vinculação é um comportamento inato que permite manter ou estabelecer a proximidade do bebé com o cuidador, podendo ser reforçado ou enfraquecido por fatores situacionais (Bowlby, 1969, 1984).

A primeira relação afetiva da criança com o cuidador (mãe, pai) designa-se de vinculação. A relação precoce aqui estabelecida tem como propósito ser o modelo para as suas futuras relações. Este fenómeno, biologicamente determinado, representa laços seletivos e privilegiados entre recém-nascido e o cuidador, geralmente a mãe. O comportamento por parte do recém-nascido vai criar e manter a proximidade e a proteção do cuidador, o que será fundamental para o seu desenvolvimento cognitivo, afetivo e social (Bowlby, 1990). Deste modo, Guedeney (2004) salienta que tudo o que favorece a proximidade, suporte e segurança, constitui o comportamento de vinculação.

A importância do comportamento de vinculação é vital para a espécie humana. Os comportamentos específicos de chorar, agarrar, seguir, chupar e sorrir constituem respostas que formam a base do comportamento de vinculação (attachment behaviour). Estes comportamentos possibilitam ao bebé manter ou estabelecer uma proteção, através da proximidade com uma figura adulta mais capaz de se confrontar com situações de perigo. Weiss (1991) identificou as seguintes características da vinculação: procura de proximidade (a

criança procura manter-se na proximidade dos pais, diminuindo a distância em situações estranhas ou ameaçadoras); protesto na altura de separação (com o objetivo de manter proximidade das figuras de vinculação); ser ativada por situações ameaçadoras (a criança procura as figuras de vinculação quando se sente ansiosa na percepção de uma ameaça); especificidade da figura de vinculação (depois de estabelecida a vinculação com uma pessoa em particular, a criança pode estabelecer outras relações de vinculação); impossibilidade de controlo consciente (os sentimentos de vinculação mantêm-se mesmo perante a indisponibilidade da figura de vinculação, persistindo os protestos durante algum tempo); persistência (o grau de vinculação não diminui ao longo do tempo); a separação permanente da figura de vinculação (implica um trabalho de luto acompanhado de ansiedade e tristeza); independência de outras características da relação (a vinculação persiste mesmo quando a figura de vinculação é negligente ou mal tratante, nesta condições surge também a zanga e a raiva, mas a segurança continua a ser procurada nessa relação) (Weiss, 1991). Estes comportamentos de vinculação têm uma base genética, que se desenvolvem desde o nascimento até a alguns meses de idade e focam-se nos principais cuidadores (Ainsworth & Bowlby, 1991; cit. in Rabouam, 2004). Neste sentido, os comportamentos de vinculação permitem a proteção e conseqüentemente a proximidade a uma figura específica (Bowlby, 1969, 1984). Quando a criança deteta um estímulo ameaçador, a exploração é interrompida ativando o sistema de vinculação com o objetivo de deslocar o cuidador para o confortar (Feldman, 2007; Guedeney, 2004). A disponibilidade do cuidador, ou figura de vinculação, é fundamental para que a criança tenha o sentimento de segurança, nomeadamente quando o sistema de vinculação é ativado devido a fatores de angústia ou medo (Feldman, 2007). Bowlby (1990) verificou elevada incidência do rompimento de vínculos afetivos durante a infância em numerosos grupos de pacientes psiquiátricos.

Outra autora a debruçar-se sobre o conceito de vinculação foi Mary Ainsworth (1994). O interesse da autora pelos comportamentos de vinculação levaram-na a realizar estudos em que foi possível verificar a reação de crianças com um ano de idade, à ausência momentânea da figura de vinculação e presença simultânea de uma pessoa desconhecida – “situação face ao estranho”. Perante a atitude das crianças Ainsworth (1969, 1976) identificou três categorias de comportamentos distintas: grupo A, B e C. O grupo A, vinculação inseguro-evitante, a criança tende a manifestar pouco afeto, parece pouco afetada pela separação, tende a evitar a proximidade e o contacto com a mãe na altura dos reencontros, e centram-se sobretudo nos brinquedos. A mãe e a pessoa estranha são tratadas de forma semelhante. No grupo B – vinculação segura – a criança apresenta, tendencialmente, comportamentos de protesto

aquando das separações, sobretudo na segunda que é mais angustiante, recebendo a mãe com prazer ou procurando aproximar-se dela e, após ter sido confortada, volta a brincar. As crianças do grupo C – vinculação insegura/ambivalente ou resistente – mostram-se aflitas na altura da separação, exibindo uma mistura de busca de contacto e rejeição nos reencontros, assim como dificuldade em serem reconfortadas (Ainsworth, 1994; cit. in Rabouam, 2004). Assim, Ainsworth (1994) contribuiu para a expansão da teoria da vinculação, perante a elaboração de uma situação padronizada, composta por sete episódios de separação e reunificação “Situação Estranha”. A autora menciona que as crianças que parecem estar mais vinculadas ao progenitor de uma forma segura são as que pertencem ao grupo B. A determinação de padrões de vinculação incide em dois fatores: a ansiedade e o evitamento. Deste modo, as crianças com baixa ansiedade e baixo evitamento pertencem à vinculação segura, as crianças com vinculação insegura-evitante revelam elevado evitamento e baixa ansiedade, e as crianças com ligação ambivalente apresentam índices elevados de evitamento e ansiedade (Ainsworth, 1994).

A vinculação pais-bebé tem início ainda na gravidez tal como veremos no ponto seguinte.

1.2. Vinculação na gravidez

Revisões de literatura apontam para a escassez de conceptualização teórica acerca de laços que se estabelecem entre pais e filhos antes do nascimento. Esta carência, verifica-se especificamente na teoria de Bowlby e noutras teorias sistémicas do ciclo de vida. Bowlby ocupou-se essencialmente dos comportamentos de vinculação da criança após o nascimento. Contudo, a literatura recente tem proporcionado um maior número de estudos acerca da relação paterno-fetal e materno-fetal, contribuindo para a expansão da vinculação até aos momentos anteriores ao nascimento da criança. Os termos mais utilizados na literatura são referentes a vinculação pré-natal, vinculação antenatal ou vinculação materno/paterno fetal (Camarneiro, 2007).

John Condon (1993) sugere que a experiência da vinculação pré-natal é o amor. Esta experiência pode ser descrita como uma relação em desenvolvimento na qual a mãe procura “conhecer, estar com, evitar a separação ou perda, proteger e identificar e gratificar as necessidades do seu feto” (Brandon, 2006, p.11). Condon (1993) identificou duas dimensões distintas da vinculação emocional pré-natal: a qualidade da experiência afetiva com o feto e a quantidade ou intensidade da vinculação. A primeira dimensão diz respeito às experiências de proximidade/distância, ternura/irritação, sentimentos positivos/negativos, possuir uma

imagem mental clara/vaga do bebê, concepção do feto como uma pessoa/coisa e reconhecimento de que o feto depende da mãe para o seu bem-estar. A segunda refere-se à quantidade de tempo despendido pelos pais a interagir com o feto ou a pensar sobre este (Pollock & Percy, 1999; Righetti, Dell'Avanzo, Grigio & Nicolini, 2005).

A ligação dos pais ao bebê estrutura-se durante toda a gestação. Inicialmente surgem as representações do bebê fantasmático (modo como os pais integram o seu próprio processo educativo e a relação com os seus progenitores, da sua experiência como filhos) e do bebê imaginário (imaginação dos pais, a partir dos seus desejos) (Sá, 1997). Posteriormente, segundo o autor, surge a consciência da presença do bebê no ventre da mãe, quando os pais descobrem que a mulher está grávida (e.g. escutar o batimento cardíaco, ver a primeira ecografia e quando são percebidos os primeiros movimentos do bebê). Por fim, o confronto com o bebê real, no trabalho de parto. A vinculação pré-natal é assim entendida como um processo contínuo que poderá influenciar o bem-estar psicológico e que se poderá repartir por vários períodos sensíveis (Bayle, 2006; Sá, 1997).

Ao longo da gravidez, os progenitores adquirem geralmente uma representação interna, crescentemente elaborada, do feto (Condon, 1993). Segundo Codon (1993) a imagem interna é formada por fantasia e realidade contribuindo para o desenvolvimento do vínculo emocional (Codon, 1993). De acordo com o autor o desejo de ter conhecimento sobre o feto, o prazer na interação com o feto e o desejo de proteger o feto e ir ao encontro das suas necessidades constituem os indicadores da presença e intensidade da vinculação progenitor-bebê (Codon, 1993).

É nesta perspetiva, que a vinculação dos progenitores ao filho antes deste nascer possibilita a interiorização precoce do feto, através de imagens, expectativas e preocupações. Estas diversas esperas e antecipações relativamente à criança que vai nascer, permitem aos pais incorporá-la no seio familiar criando um modelo relacional que servirá como um importante precursor da tríade pai-mãe-bebê após o nascimento (Piccinini et al., 2009; Righetti et al., 2005).

O estudo levado a cabo por Samorinha, Figueiredo e Cruz (2009) revelou que a ecografia pode ter um papel tranquilizador e potenciador da ligação dos pais ao bebê na gravidez. Para este estudo, os autores recolheram uma amostra de 22 mães e 22 pais, o que permitiu avaliarem o impacto da ecografia do 1.º trimestre de gravidez na ansiedade e vinculação pré-natal. Os resultados deste estudo revelaram que depois da realização da ecografia, a vinculação pré-natal aumenta significativamente enquanto que a sintomatologia ansiosa diminui tanto em homens como em mulheres (Samorinha et al., 2009). Outros autores

confirmam esta hipótese explicando os resultados com o momento de conhecimento do bebé (Rustico, Mastromatteo, Grigio, Maggioni, Gregori & Nicolini, 2005). O aumento dos sentimentos positivos para com o bebé por parte dos pais verifica-se no decorrer da ecografia. Após a ecografia, os pais sentem-se mais “afetuosos” com o bebé. É neste sentido, que Samorinha e colaboradores (2009) reconheceram o impacto positivo da ecografia em si na vinculação pré-natal em pais e mães. A ecografia permite aos pais receberem um feedback acerca da saúde do bebé, as imagens do bebé facilitam também os sentimentos de proximidade e ligação ao filho/a (Baillie, Hewison & Mason, 1999; cit. in Samorinha et al., 2009). Este exame permite que os homens, em particular, se sintam perto do bebé, tenham a oportunidade de o ver, ao contrário da aproximação física mais facilitada para a mãe (Samorinha et al., 2009). No entanto, não há diferenças entre os progenitores relativamente ao nível do envolvimento emocional com o feto. Estudos neste âmbito, não apuraram diferenças entre pais e mães na vinculação pré-natal, quer antes quer depois da ecografia (Figueiredo, Costa, Pacheco & Pais, 2007; Figueiredo, Costa, Marques, Pacheco & Pais, 2005).

Embora existam momentos de vinculação pré-natal dos pais ao bebé, a experiência emocional intrauterina do bebé aos pais também é possível. É ao longo do período de gestação que se prepara a vinda da criança. Segundo Justo (1994) a criança começa a ter vida psicológica para os futuros pais na gravidez. De acordo com Camarneiro e Justo (2010), o feto possui competências para a interação desde cedo. Delassus (2001; cit. in Camarneiro, 2007) sublinha que o feto ao quinto mês de gestação é competente para a relação, possui autonomia sensorial e comportamento individualizado. Deste modo, Piccinini e colaboradores (2009) referem ainda que esta relação entre pai e filho durante a gravidez se estabelece por intermédio de uma construção de uma imagem mental do bebé, do exercício da paternidade e dos contactos intergeracionais entre pai e filho. Neste sentido, Camarneiro e Justo (2010) definem a vinculação pré-natal (VPN) como o laço emocional estabelecido antes de nascer entre pais e filhos.

Klaus, Kennell e Klaus (2000) identificaram nove eventos que contribuem para a formação da vinculação ao bebé. Estes eventos constituem: gravidez planeada, confirmação da gravidez, aceitação da gravidez, movimentos fetais, aceitação do feto como um indivíduo separado e individualizado, parto, ver o bebé, tocar no bebé e cuidar do bebé. Lindgren (2001; cit. in Vedova, Dabrassi & Imbasciati, 2008) salienta que uma baixa vinculação pré-natal está relacionada com dificuldades em lidar consigo próprio e conseqüentemente com o recém-nascido, o que pode levar a uma gravidez de risco ou a complicações no parto. Desta forma, a importância da vinculação para a saúde e bem-estar da pessoa é elevada. O medo e a

ansiedade são diminuídos se existir confiança na disponibilidade da figura de vinculação (Bowlby, 1990). Esta confiança básica desenvolve-se durante a infância, e pode afetar as relações que estabelecem ao longo da sua vida (Bowlby, 1900).

Um preditor da qualidade da posterior relação dos pais com o bebé, após o nascimento é a qualidade da vinculação pré-natal. A qualidade da vinculação pré-natal está intimamente associada com práticas de saúde positivas que, em última instância afetam o desenrolar da gravidez (Vedova et al., 2008; Gomez & Leal, 2007; Hart & McMahon, 2006). Apesar de estarem estatisticamente correlacionadas, a qualidade da vinculação tende a ser independente da intensidade da preocupação (ou tempo despendido no modo de vinculação) culminando nos padrões de vinculação parental, como podemos verificar de seguida.

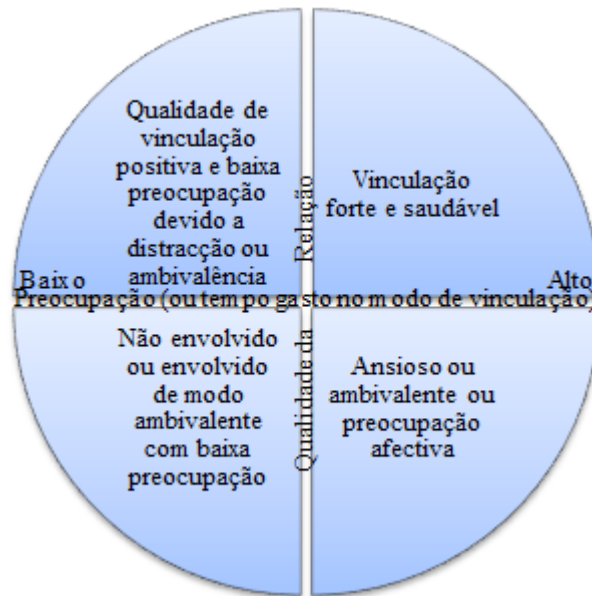
1.2.1. Padrões de vinculação na gravidez

Condon (1993) identificou quatro estilos de vinculação pré-natal materna e paterna. Estes padrões dizem respeito: a vinculação forte ou saudável; qualidade de vinculação positiva e baixa preocupação devida a distração ou ambivalência; não envolvido ou envolvido de modo ambivalente com baixa preocupação; ansioso, ambivalente ou baixa preocupação.

O primeiro quadrante refere-se à vinculação forte ou saudável. Este quadrante inclui pais preocupados com o feto e cuja intensidade da preocupação é acompanhada por sentimentos de proximidade, ternura, desejo do bebé. Carmaneiro e Justo (2010) identificaram 37,7% dos pais e 41,5% das mães. No segundo quadrante, referente à qualidade de vinculação positiva e baixa preocupação devida a distração ou ambivalência, situam-se os pais com vinculação afetiva positiva semelhante aos do primeiro quadrante 1. No entanto, estes pais despendem menos tempo em experiências satisfatórias de vinculação. Neste segundo quadrante os pais assumem uma percentagem de 19,8% pais e as mães 9,9% (Carmaneiro & Justo, 2010). No terceiro quadrante encontra-se o pai não envolvido ou envolvido de modo ambivalente com baixa preocupação. Estes pais despendem pouco tempo a pensar no feto ou experimentam poucos afetos positivos associados à vinculação. São ainda considerados desligados e interessam-se pouco pelo feto ou têm sentimentos ambivalentes sentindo que este os sufoca, o que revela que a sua existência tem que ser suprimida ou banida. Neste quadrante, Carmaneiro e Justo (2010) verificaram que, 28,30% é abrangido pelos pais enquanto que, 26,88% abrange as mães. E por último, o quarto quadrante, ansioso, ambivalente ou com baixa preocupação, diz respeito aos pais que estão preocupados com o bebé mas têm pouco afeto, apresentam baixa afetividade acompanhada de ambivalência. Os pais situados neste quadrante são desprovidos de afetos de prazer ou de antecipação positiva.

É possível que este grupo seja caracterizado por um desinteresse intelectual pelo feto. Podem ainda aparecer sentimentos ambivalentes ou preocupação ansiosa (14,15% pais e 21,70% mães (Carmaneiro & Justo, 2010)).

Figura 1: Padrões de vinculação pré-natal obtidos a partir do cruzamento das dimensões da escala de vinculação pré-natal



(Adaptado de Condon, 1993)

Recentemente, Camarneiro e Justo (2010) desenvolveram um estudo em Portugal com o objetivo de avaliar e caracterizar a vinculação dos progenitores ao feto. Para este efeito, os autores recorreram a 212 casais, primíparos e múltiparos, que se encontravam no segundo trimestre de gestação. A qualidade da vinculação paterna (ternura, o carinho, os afetos e a felicidade, a imagem do bebé, como verdadeira pessoa pequenina com características especiais e o desejo de lhe pegar imediatamente após o nascimento) e a intensidade da preocupação ou tempo despendido no modo de vinculação (desejo de conhecer o desenvolvimento do bebé, de o sonhar e imaginar agora e no futuro, a preocupação com o feto e a intensidade dos sentimentos e emoções associadas) corresponderam às dimensões avaliadas. Neste estudo, apurou-se que homens mais novos estão mais vinculados ao feto quer globalmente quer em qualidade da vinculação e intensidade da preocupação. Os níveis de vinculação pré-natal mais elevados também se verificam em homens pais pela primeira vez, em vinculação pré-natal global e de intensidade da preocupação não se verificando alterações na qualidade da vinculação. O planeamento da gravidez parece ser uma variável importante para os homens e mulheres em vinculação pré-natal e qualidade da vinculação. O estatuto

profissional e a escolaridade não influenciam a vinculação pré-natal em homens e mulheres (Camarneiro & Justo, 2010).

Os padrões de vinculação parecem influenciar o sentido de si e o modo como os outros constituem um apoio emocional e social. Dickstein, Seifer e Abus (2009) mencionam que estes padrões têm correspondência ao longo das gerações.

2. Vinculação paterna ao feto

Este segundo ponto debruça-se sobre a vinculação paterna ao feto, salientando aspetos relacionados com a relação pai-feto. É abordada a identidade parental, a experiência emocional paterna, o pai e o projeto de paternidade. Neste mesmo ponto será apresentada a vinculação pai-feto, nomeadamente na gravidez, condição clínica alvo deste estudo, sendo ainda descritos os fatores mediadores da relação pai-bebé na gravidez, particularmente insatisfação conjugal e ansiedade paterna.

É cada vez mais evidente o interesse do homem num papel mais ativo em todo o processo de gravidez. De acordo com Gomez e Leal (2007) a investigação focou tradicionalmente as experiências maternas ficando os estudos sobre os pais centrados no envolvimento paterno depois do nascimento. O impacto do pai no desenvolvimento da criança e o facto de este ser muito menos estudado do que o papel da mãe, levou a que nos anos setenta a psicologia iniciasse os estudos nesse domínio. Os principais impulsionadores destes estudos foram as perspetivas feministas e o desenvolvimento da psicologia da criança nessa época, potenciando grande interesse no estudo dos pais (Camarneiro, 2007).

Tornar-se pai é um dos acontecimentos mais marcantes no ciclo de vida de qualquer indivíduo na medida em que ocorrem profundas alterações na personalidade do sujeito (Gomez, 2005; Eizirik, 2001). Jager e Bottoli (2011) mencionam o facto do futuro pai, tal como a mãe, necessitarem de renunciar a várias situações, nomeadamente a vida social e da própria condição de filho ou filha. Neste sentido, as autoras referem que estes factos reverterão nas suas próprias experiências infantis, assumindo um novo papel perante o seu próprio filho. Os novos pais encaram uma nova realidade completamente diferente, implicando passar a ter uma adequação psicológica a cumprir.

Condon (1993) foi o autor que iniciou os estudos referentes à vinculação pré-natal paterna, que ainda hoje são referência. O autor recrutou homens que vão ser pais e avaliou a vinculação pré-natal paterna na gravidez.

2.1. O homem e a gravidez

Embora o homem não engravide, a experiência da gravidez é, geralmente um processo vivido a dois. Apesar das mudanças mais notórias ocorrerem na mulher, as transformações do homem face à gravidez embora não seja biológica pode ser tão grande como a da sua mulher (Camarneiro, 2007; Gomez, 2005; Colman & Colman, 1994). O facto do filho estar a desenvolver-se no interior da companheira, pode suscitar sentimentos de inveja, ciúme, ansiedade, inutilidade e solidão por parte do homem (Alvarez & Golse, 2008; Brazelton & Cramer, 1993; Delmore-Ko et al., 2000). O feto para o pai adquire uma representação interna que compreende uma mistura de fantasia e de realidade (Condon, 1993). Alvarez e Golse (2008) salientam que só o encontro com a criança porá fim a esta conceção.

Figueiredo (2005), salienta que os pais têm habitualmente menos oportunidades para se vincular ao bebé durante a gravidez e durante o parto, o que explica a posição neutra em relação ao recém-nascido nos primeiros dias após o parto dos pais em relação às mães. É neste sentido, que Gerwitz e Hollenbeck (1990; cit. in Figueiredo, 2005) revelam o impacto positivo que o contacto precoce com o bebé, no envolvimento emocional e na qualidade da interação dos pais com o filho. Este investimento afetivo inicial dos pais com o bebé é assim, um fator determinante ao bem-estar e desenvolvimento da criança (Brazelton & Cramer, 1993). Estes fatores vão influenciar a reconstrução de um novo eu parental.

2.1.1. Identidade parental na gravidez

A formação da identidade parental no homem, perante a gravidez da mulher, é determinada por um enorme conjunto de fatores. Saber ser pai está inteiramente relacionado com a relação do filho com o próprio pai, ou figuras parentais significativas (Canavarro, 2001; Figueiredo, 2000; Sá, 1997; Colman & Colman, 1994). A qualidade da relação que o homem estabelece com a grávida e com o bebé, pode ainda ser determinantes da saúde mental futura do bebé (Sá, 1997).

A perceção de uma nova identidade parental é identificada por cada um dos pais. O homem passa de marido/companheiro para passar a ser também pai (Canavarro, 2001). Ao homem surgem dúvidas quanto à capacidade para desempenhar o papel parental. A crise de identidade no homem difere daquela pela qual a mulher passa. Em primeiro lugar, o facto de o filho estar a desenvolver-se no interior da companheira. Posteriormente o lugar que é do pai passa a ser reclamado e partilhado pelo filho, o amante, o progenitor, o rival ou o companheiro (Alvarez & Golse, 2008). Colman e Colman (1994) referem a necessidade dos nove meses para que os homens se envolvam na gravidez, para se adaptarem à nova realidade

e conseqüentemente desenvolver o seu papel de pai. É neste sentido, que é esperado que os pais não se envolvam todos na gravidez do mesmo modo. É ainda esperado que haja um grupo de pais que não se venha a envolver na gravidez (Parke, 1996). Os homens podem apresentar um período mais curto de gestação psicológica da identidade parental (Colman & Colman, 1994). Aceitar as responsabilidades e funções destes novos papéis pode ajudar o homem a ganhar confiança em si, e permite-lhe uma melhor adaptação à parentalidade (Milbradt, 2008; Afonso, 2000). Assim, a organização psíquica vai orientar o homem que vai ser pai. Esta reorganização será totalmente nova e coexistirá e influenciará a anterior (Stern & Bruschiweiller-Stern, 2005). Esta reavaliação e reestruturação da sua própria identidade parental constituem uma das tarefas desenvolvimentais, abordadas mais à frente.

2.1.2. Experiência emocional paterna da gravidez

As inúmeras transformações exigidas na adaptação ao período da gravidez acarretam alterações emocionais no homem. O homem enquanto futuro pai, tende a acompanhar todo esse processo com a gestante (Colman & Colman, 1994). Porém, este processo acarreta outras alterações para cada um dos pais, consigo próprios e com as famílias de origem. O período gestacional constitui assim, uma profunda transformação no desenvolvimento de todos os intervenientes, envolvendo uma reorganização a vários níveis (biológico, cognitivo, emocional, relacional e social) (Abreu, 2009; Moura-Ramos & Canavarro, 2007; Neme, 2005; Öhman, Grunewald & Waldenström, 2003; Figueiredo, 2000; Maldonado, 2002; Salmela-Aro, Nurmi, Saisto & Halmesmäki, 2000). Este processo é assim entendido como um período de crise ou profunda transformação no desenvolvimento pessoal e do casal (Canavarro, 2001).

Brazelton e Cramer (1992) referem que o envolvimento paterno na chegada do bebé é cada vez mais intenso. De acordo com os autores, a participação do pai nas consultas pré-natais começa a desenhar-se uma rivalidade natural entre os membros do casal. Os homens experienciam a gravidez como uma perspectiva diferente da companheira (Colman & Colman, 1994). O modo como o homem segue o processo de gravidez é através das suas emoções, interrogações e projeções pois este não traz o feto dentro de si (Camus, 2002; Delmore-Ko et al., 2000; Maldonado et al., 1997). Tal como as mulheres, os homens podem também sofrer angústias e ter fantasias ao longo da gestação. Porém, estas alterações mostram-se menos intensas, podendo existir casos de distúrbios psicopatológicos no período gestacional no homem – Síndrome de Couvade (Jager & Bottoli, 2011). A “Síndrome de Couvade” envolve todo o processo de gravidez sendo uma expressão somática da ansiedade e relaciona diversos fatores emocionais (Piccinini, Silva & Gonçalves, Lopes & Tudge, 2004). A Síndrome de

Couvade é ainda caracterizada por sintomas físicos e psicológicos concomitantes aos das gestantes (Ferreira, Leal & Maroco, 2010; Brennan, Ayers, Ahmed & Marschall-Lucette, 2007; Campos, 2006; Parke, 1996; Lamb, 1992). De uma forma mais simples, Maldonado (2002) descreveu esta síndrome por um conjunto de sintomas que podem aparecer nos homens durante a gestação. Segundo o autor, o sentimento de exclusão e o pouco espaço que muitos pais encontram para expressar todas suas angústias e expectativas podem ser revelados neste processo. A síndrome de *Couvade* exprime o envolvimento do homem na maternidade e reflete pensamentos relacionados com a gravidez da mulher (Bayle, 2006). O desenvolvimento de diferentes fantasias no homem podem ser aqui desencadeadas. Alguns autores referem o temor que o bebé traga algum tipo de desestabilização no casamento, como a diminuição da satisfação conjugal, o decréscimo da vida social e sexual do casal (Rodríguez, Pérez-López & Nuez, 2004).

Em Portugal, um estudo levado a cabo por Gomez (2005) referente ao Síndrome de *Couvade*, em que foi estudado um grupo de pais-expectantes e outro de homens não-expectantes, revelou que a sintomatologia não se associa à idade, planeamento da gravidez ou estatuto da paternidade. O período gravídico exige assim um processo de adaptação árduo onde importa cumprir um conjunto de tarefas de desenvolvimento (Figueiredo, 2005).

A reorganização total do significado da vida é exigida ao homem que se torna pai, sendo-o pela primeira, segunda ou mais vezes (Colman & Colman, 1994). Este processo faz com que o homem se envolva em atividades de proteção da gravidez. Raphael-Leff (2009) destaca as restrições alimentares, contacto com tabus, evitamento de rituais públicos ou domésticos para proteger a criança ou, na falta de laço marital, frequentar as aulas de preparação para o parto para reconhecimento público da paternidade. Contudo a conflitualidade inconsciente pode levar o homem a desejar distanciar-se da gravidez, potenciando a precipitação no envolvimento em relações extraconjugais ou rupturas conjugais e manifestações de reações de angústia ou de fobias (alcoolismo ou impotência sexual) (Golse, 2007).

É neste sentido, que Raphael-Leff (2009) classificou os pais em duas categorias, o participante e o pai renunciador. O pai participante quer participar tanto quanto possível na gravidez, nascimento e cuidados à criança, podendo estar em contacto com aspetos feminino e maternal da sua personalidade. Esta identificação feminina vai determinar o apoio à sua companheira grávida tornando-se o homem num protetor maternal da sua mulher durante a gravidez e no pós-parto, que gostaria de experimentar ou a sua inveja torna-se real, não tolerando a boa experiência da mulher, rivalizando com ela. O pai renunciador ao contrário do

pai participante reforça a sua identidade masculina ao longo da gravidez, fecha o contacto com a mulher, aumentando a vulnerabilidade e intolerância face às identificações femininas. Apesar de se preocupar com o bem-estar de ambos, fantasiar muitas vezes acerca de que pais serão no futuro, têm dificuldades em sentir empatia pelas experiências internas da mulher.

2.1.3. O pai e o projeto de paternidade

Tal como abordado anteriormente, Bornholdt e colaboradores (2007) referem que as expectativas e todas as implicações da gravidez são diversas, não só para as mulheres como também para os homens. Durante anos o papel do homem na gestação era considerado mera expectativa. Nos dias de hoje, verifica-se cada vez mais o papel ativo do homem, sendo notória a forma como este participa na evolução da gravidez, frequenta as consultas pré-natais, assiste ao parto e ajuda a cuidar do bebé (Camarneiro, 2007; Gomez, 2005). Camus (2002) e Conde (2008) referem que cada vez mais, os homens procuram ter a sua experiência pessoal ao tomar consciência da mudança importantíssima que ocorre na sua vida.

O período da gravidez compreende diversas tarefas desenvolvimentais. Segundo Figueiredo (2001), estas tarefas desenvolvimentais têm de ser exploradas e resolvidas à medida que surgem. Canavarro (2001) pressupõe a existência de uma cronologia para a evolução destas tarefas de desenvolvimento. No entanto, a autora refere que a resolução destas tarefas pode variar de pessoa para pessoa. Desta forma, estas tarefas podem prolongar-se para além dos períodos considerados e noutros casos o início pode não coincidir com o princípio do período em causa (Canavarro, 2001). As tarefas desenvolvimentais coincidem com a aceitação da gravidez, aceitação da realidade do feto, reavaliar e reestruturar a relação com os pais, reavaliar e reestruturar o relacionamento conjugal, reavaliar e reestruturar a identidade própria e a integração da identidade parental resultantes da reestruturação psicológica, social e familiar que o período gestacional comporta.

As tarefas desenvolvimentais na gravidez acarretam consequências a nível psicológico para os progenitores. Um estudo levado a cabo por Conde (2008) revelou maior vulnerabilidade psicológica nos homens relativamente às exigências e às tarefas desenvolvimentais da gravidez e posteriormente à parentalidade.

Diversos autores reconhecem a aceitação da gravidez como a primeira tarefa (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994; Figueiredo, 2000). A aceitação da gravidez por parte do homem pode demorar mais tempo, do que nas mulheres (Colman & Colman, 1994; Figueiredo, 2000). Este facto é sustentado devido aos homens não estar fisicamente “grávidos”, o que faz com que estes não se apercebam tão facilmente das mudanças pelas

quais a mulher vai atravessando (Colman & Colman, 1994). Posteriormente à aceitação da realidade da gravidez, surge a segunda tarefa. Esta tarefa é intitulada aceitação da realidade do feto. Aqui, a imagem do bebé torna-se mais realista e autónoma de modo gradual. Este processo de perceber o bebé como real é facilitado pelo sentir do bebé mexer e ter acesso às ecografias (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994; Figueiredo, 2000). A terceira tarefa consiste na reavaliação e reestruturação da relação com os pais. Nesta tarefa é feita uma reavaliação da relação passada e atual com os próprios pais (futuros avós) (Monteiro, 2008). A reavaliação e reestruturação da relação com a companheira correspondem à quarta tarefa. O relacionamento conjugal tem a necessidade de reajustamento a vários níveis, afetivo, sexual e rotina diária. Este reajustamento na relação do casal vai permitir uma melhor integração do novo elemento da família, facilitando a adaptação à entrada deste novo membro na díade (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994; Figueiredo, 2000). A aceitação do bebé como pessoa separada diz respeito à quinta tarefa. A concretização desta tarefa de separação é conseguida no parto, onde o bebé é aceite como pessoa separada e possuidora de necessidades próprias (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994; Figueiredo, 2000). A reavaliação e reestruturação da sua própria identidade parental constituem a sexta tarefa. Esta implica alcançar um equilíbrio entre ser pai e ser pessoa (Monteiro, 2008).

De acordo com Brazelton e Cramer (1993) para os pais, a gravidez encerra com três tarefas psicológicas distintas: adaptar-se à notícia da gravidez, em que não há evidências da existência do feto; começar a reconhecer o feto e a perceber que ele se irá separar da mãe; começar a perceber o futuro filho como indivíduo, através de movimentos rítmicos e de níveis de atividades distintas, desta forma o feto contribui para a sua individualização.

Figueiredo (2000) refere que aqueles pais que não conseguem lidar de forma satisfatória com os medos e frustrações que este período implica, apresentam maior probabilidade de desenvolver patologias de foro psicológico como a ansiedade e/ou depressão. No entanto, Canavarro (2001), por outro lado, aponta que os indivíduos que forem capazes de ultrapassar com sucesso as tarefas psicológicas estarão mais capazes de lidar com sucesso com os novos papéis e relações interpessoais resultantes do processo de transição para a parentalidade.

2.2. Vinculação pai-bebé na gravidez

A vinculação pai-feto é determinante nas relações que os pais estabelecem com os filhos. Segundo Piccinini e colaboradores (2009) esta relação é estabelecida através da construção de uma imagem mental do bebé, do exercício da paternidade e dos contatos

intergeracionais entre ambos. No entanto, Sá (2003) salienta que o facto do pai não sentir o feto dentro de si, constitui um fator para tornar a formação do vínculo mais lenta, que se vai consolidando gradualmente após o nascimento.

O aumento do número de filhos faz da parentalidade um processo mais complexo. Investigações recentes neste âmbito revelam que a vinculação do progenitor ao feto na primeira experiência de paternidade é superior relativamente aos pais que já têm filhos. Os homens que vão ser pais pela primeira vez apresentam níveis mais elevados na vinculação pré-natal total ao feto e intensidade da preocupação (Camarneiro & Justo, 2012; Lorensen, Wilson & White, 2004). O estudo de Camarneiro e Justo (2012) apurou ainda que o número de filhos não interfere na qualidade da vinculação. Os responsáveis pelo aumento da vinculação pré-natal são a excitação, o orgulho e o efeito novidade (Lorensen et al., 2004). Por outro lado, Condon e Esuvaranathan (1990) atribuem a baixa vinculação pré-natal aos homens que já têm filhos ao decréscimo da “excepcionalidade” que representa ter um filho para quem já passou por essa experiência.

Durante a gravidez, não é vulgar o homem admitir abertamente que está no meio de uma profunda experiência emocional. No entanto, Colman e Colman (1994) referem que a resposta dos homens não é neutra. É neste sentido, que se tem verificado uma maior preocupação por parte dos profissionais de saúde em promover a vinculação entre pais e feto antes do nascimento. O que se vai repercutir num maior envolvimento paterno nos processos de gravidez, nascimento e desenvolvimento da criança (Camarneiro & Justo, 2010).

Ferreira e colaboradores (2010) definem a paternidade como um processo de aquisição e de transição do papel iniciado na gestação. Gomez (2005) considera que esta transição termina quando a sensação de conforto e confiança no desempenho do papel de pai. Deste modo, salienta-se que a paternidade não começa com o nascimento da criança, nem com a germinação do óvulo (Ferreira et al., 2010). Os autores antecipam o início deste processo para o momento que antecede a concepção.

Winnicott (1975; 1993) identificou três funções conferidas ao pai. Amar a mãe (o que dará segurança à criança), estar presente e dar apoio moral à mãe (sustentando a lei e a autoridade que a mãe irá imprimir na vida do filho) e apoiar o filho (servindo de referência e de modelo) (Winnicott 1975; 1993). O homem passa a ser considerado o apoio para uma boa adaptação à gravidez, e a mãe inclui o pai na relação (Winnicott, 1975).

A adaptação da criança ao mundo e às pessoas próximas ocorre ainda no útero. No ventre materno o feto desenvolve o seu sistema sensorial, recebe informações através dos sentidos, o que favorece a vinculação (Brazelton & Cramer, 1992). Esta permeabilidade do

ambiente intrauterino a influências externas é sujeito a variações, o que permite a relação do feto com os progenitores constituindo a base da vinculação entre o bebé e os pais (Sá, 2003).

O envolvimento emocional paterno com o filho, não é melhor concretizado pelos acontecimentos descritos pela mãe. No entanto, outros acontecimentos reforçam este envolvimento, como a observação das ecografias, o ouvir a auscultação cardíaca fetal, o sentir através do toque no ventre materno. Através destes acontecimentos, desenvolve-se a vinculação pré-natal (Sá, 2003).

Embora a tendência de inclusão do pai no processo de gravidez seja crescente, existem formas distintas no modo como o homem se vincula ao filho, neste período. A formação do vínculo paterno é mais lenta, na medida em que o homem ao contrário da mulher, não sente o feto dentro de si. Só após o nascimento e ao longo do desenvolvimento da criança, será gradualmente consolidado o vínculo. De acordo com Piccinini e colaboradores (2009) este sentimento é de exclusão. Assim, as experiências intrauterinas têm um importante contributo nos estados emocionais depois de nascer (Camarneiro, 2007).

À semelhança do que ocorre na mulher, a vinculação pré-natal do pai com o seu bebé é fortemente influenciada pela sua experiência de infância (Brazelton & Cramer, 1992). A dificuldade de interação em estabelecer uma relação com os seus filhos durante a gestação da parte dos homens é resultante de modelos de pais pouco participativos (Brazelton & Cramer, 1992). Piccinini e colaboradores (2009) apontam que a identificação do homem com uma imagem feminina como a sua mãe ou a mulher faz com que este se conecte psiquicamente com os cuidados maternos recebidos na infância facilitando desta forma a vinculação ao filho (Piccinini et al., 2009).

O efeito da paridade também é tido em conta na literatura, Mendes (2002) demonstra que os pais primíparos, homens, apresentam níveis mais elevados de vinculação pré-natal comparativamente com os segundos. Os mesmos dados foram compartilhados num estudo realizado em Portugal por Gomez e Leal (2007), em pais expectantes, sem filhos prévios sobre a vinculação parental durante a gravidez, terceiro trimestre, revelando maior vinculação do que os pais com experiência parental.

O suporte social tem revelado uma correlação significativa com a vinculação pré-natal. O que significa que um suporte social alargado favorece a ligação pais-bebé (Codon & Corkindale, 1997). Nesta linha de pensamento, a relação conjugal torna-se fundamental no desenvolvimento da ligação pai-feto (Figueiredo et al., 2007).

2.2.1. Fatores mediadores da relação pai-bebé na gravidez

A literatura aponta diversos fatores que favorecem a ligação mãe-bebé, porém, no que concerne ao homem, a literatura é bastante mais limitada. Os poucos estudos realizados neste âmbito, são congruentes quanto ao envolvimento emocional do pai com o filho não apresentar grandes diferenças da relação mãe-bebé (Figueiredo, 2005). Embora o envolvimento do pai tenha ainda sido pouco explorado, no âmbito da vinculação na gravidez, os estudos têm demonstrado a relação entre a vinculação pré-natal e as variáveis psicossociais e de saúde características deste período (Camarneiro, 2011). Camarneiro (2011) aponta variáveis determinantes no curso da vinculação pré-natal. A autora destaca as variáveis sociodemográficas, ginecológicas e obstétricas, qualidade das relações interpessoais, intrapessoais e de boas práticas de saúde.

Num estudo de Lorensen e colaboradores (2004) verificou-se que o estatuto conjugal influencia fortemente a vinculação pré-natal. Os pais que co-habitam com as companheiras estão mais vinculados ao feto comparativamente com os casados. No entanto, Vedova e colaboradores (2008) mostraram não existirem diferenças entre o estado civil e a vinculação pré-natal.

Relativamente ao número de filhos anteriores e vinculação paterno-fetal, Camarneiro e Justo (2010) revelam existir relação entre as variáveis. No que diz respeito à influência do estatuto socioeconómico White, Wilson, Elander e Persson (1999) revelam não existir influência na vinculação pré-natal. O estatuto social mais elevado corresponde a uma baixa vinculação paterno-fetal (Wilson, White, Cobb, Curry, Greene & Popovich, 2000).

Os níveis mais altos de vinculação global são esperados em homens que vão ser pais pela primeira vez, estes demonstram menos níveis de stress em comparação com os pais que já têm filhos (Condon & Esuvaranathan, 1990). De acordo com os autores, o aumento do stress nos múltiplos é devido principalmente às exigências colocadas pelos outros filhos e dificuldades financeiras. Já a baixa de vinculação pré-natal é atribuída ao decréscimo da excecionalidade que acontece na relação pais-filho quando se aproxima o nascimento do primeiro filho (excitação, o orgulho e o efeito novidade). Neste sentido, a literatura aponta que a vinculação pré-natal é mais elevada na primeira do que na segunda gravidez (Lorensen et al., 2004).

Um estudo levado a cabo por Righetti e colaboradores (2005) em pais cujas companheiras se encontravam entre as dezanove e as vinte e três semanas de gestação revelou que o tempo de gestação não influencia a vinculação pré-natal paterna. O não planeamento da gravidez preconiza a existência de baixos níveis de vinculação segura e de altos níveis de

vinculação ansiosa-ambivalente ou evitante no homem (Bouchard, 2005). A história anterior de aborto da companheira tem mostrado influência na vinculação pré-natal paterna nas gravidezes posteriores. Os homens tendem a manifestar sentimentos pelo bebê perdido anteriormente em qualquer idade gestacional. Estes pais, verbalizam que é impossível compreender a vinculação a um feto até ao momento em que ele deixa de estar fisicamente presente nas suas vidas (O'Leary, 2004).

A importância da conjugalidade para a vinculação ao feto tem sido documentada. A qualidade conjugal está associada ao nível de vinculação pré-natal nos homens quando estes estão fortemente vinculados aos seus pais (Bouchard, 2011). Quanto ao tempo de relacionamento conjugal e a vinculação pré-natal no homem, Righetti e colaboradores (2005) não encontraram associação entre as variáveis. White e colaboradores (1999) reforçam esta ideia referindo que a dinâmica familiar positiva está associada a melhor vinculação pré-natal paterna.

Estudos realizados por White e colaboradores (1999) que comparam a vinculação pré-natal materna com a paterna revelaram que 65% dos pais têm maior vinculação ao feto do que as mães. Os autores verificaram que a vinculação pré-natal é superior nos homens Suecos em relação às companheiras. No entanto, estudos recentes não encontram diferenças na vinculação pré-natal entre homens e mulheres (Samorinha et al., 2009).

A associação entre a vinculação pré-natal e a depressão nos homens não foi encontrada (Kunkel & Doan, 2003).

A influência da dimensionalidade da ecografia (duas, três ou quatro dimensões) também tem sido alvo de estudos na vinculação pré-natal. No entanto, os resultados mostraram que a dimensionalidade do exame não tem impacto na vinculação pré-natal paterna (Rustico et al., 2005; Lapaire, Alder, Peukert, Holzgreve & Tercanli, 2001). De acordo com Righetti e colaboradores (2005), também não se encontram diferenças no momento da realização do exame e os níveis de vinculação paterno-fetal. Gerner (2005) apresenta resultados diferentes, referindo que a presença do pai durante as ecografias favorece a vinculação ao feto.

As alterações psicológicas repercutem-se no comportamento e nas emoções não só do homem como também na mulher e, conseqüentemente no feto (Camarneiro, 2007). A integração de mais um elemento implica que se criem condições necessárias à formação duma família relacional. É neste sentido, que se verifica uma crescente investigação acerca dos fatores que interferem nas alterações emocionais que ocorrem durante a gravidez, nomeadamente o relacionamento conjugal e a ansiedade.

2.2.1.1. Insatisfação conjugal e vinculação pai-feto

A gravidez, como abordada anteriormente, requer uma reestruturação do homem a vários níveis nomeadamente no que concerne ao relacionamento conjugal. Diferentes estudos confirmam a ocorrência de um declínio na qualidade da relação conjugal, entre o início da gravidez e alguns meses após o parto. Um estudo realizado por Figueiredo, Pacheco, Costa e Magarinho (2006) em Portugal, utilizou uma amostra de 130 grávidas, com idades compreendidas entre os 14 e os 40 anos, revelou que o período da gravidez e a transição para a parentalidade implicam mudanças negativas no relacionamento conjugal. Este estudo revelou ainda elevados níveis de sintomatologia psicopatológica, em ambos os membros do casal.

Investigações feitas por Gomez (2005) apontam para a diminuição da satisfação conjugal durante a gravidez e o puerpério, o que nos remete a um declínio na qualidade da relação conjugal entre o início da gravidez e pós-parto. Alguns estudos indicam a diminuição da proximidade, da comunicação, dos sentimentos amorosos e um aumento dos conflitos de ambivalência entre os elementos do casal (Abreu, 2009; Cox, Paley, Burchinal & Payne, 1999), o que remete a menor satisfação no homem.

Este facto torna-se de tal forma exacerbado para o homem que pode tornar-se difícil a conciliação do seu papel parental com a vida sexual, ocorrendo um declínio da satisfação conjugal (Colman & Colman, 1994). A qualidade do relacionamento conjugal é afetada em vários domínios. Dados de investigação evidenciam mudanças a nível sexual, a nível da comunicação e partilha de interesses pessoais entre os cônjuges, nas atividades de lazer e na divisão das tarefas domésticas por parte do casal ao longo da gravidez e conseqüentemente parentalidade (Figueiredo et al., 2007; Lawrence, Nylén & Cobb, 2007; Papalia & Olds, 2000; Relvas, 2000).

As atividades que os cônjuges fazem em conjunto, a partilha de interesses pessoais, e a comunicação entre o casal também têm sido alvo de grandes pesquisas. Estas investigações têm apontado desinvestimento dos casais nestas áreas ao longo da preparação do processo de parentalidade (Hackel & Ruble, 1992; cit. in Monteiro, 2008; Relvas & Lourenço, 2001).

As expectativas do homem em relação à satisfação conjugal na gravidez e transição para a parentalidade divergem. Um estudo longitudinal efetuado por Lawrence e colaboradores (2007) pretendeu comparar a proporção de mudança na satisfação conjugal antes e depois do bebé nascer. Para este estudo utilizou-se uma amostra de 56 casais acompanhados desde o início da gravidez até aos 6 meses após o parto. As medidas repetidas das expectativas nos primeiros meses antes do parto e medidas das perceções pós-parto, aos 3

e aos 6 meses de idade do bebé avaliaram cinco domínios: temperamento da criança, sentimentos sobre ser mãe/pai, competência como pais, ajuda exterior e suporte emocional, e, divisão das tarefas de cuidar do bebé e satisfação com essa divisão. Atendendo ao foco do presente estudo incidir no período gestacional, iremos apenas fazer alusão a dados referentes à gravidez. Os autores concluíram que a satisfação marital, antes dos casais terem filhos, mantém-se estável para os maridos e declina para as mulheres ao longo da fase inicial do casamento. Com este estudo verificou-se que os homens e mulheres têm diferentes expectativas e perceções acerca da transição para a parentalidade. Embora os homens tenham uma tendência em esperar expectativas menos positivas que as mulheres na gravidez, após o parto, em média, as expectativas são elevadas para ambos.

Tal como referido anteriormente, a satisfação conjugal declina durante a gravidez tanto em homens como em mulheres. Camarneiro e Justo (2012) compararam a satisfação conjugal durante o período da gravidez de acordo com o número de filhos. Deste estudo os autores verificaram valores mais elevados de satisfação conjugal em homens e mulheres na primeira gravidez. Embora as investigações se debrucem na mulher grávida, verificando-se estudos consistentes, o mesmo não acontece com os homens. Verifica-se assim escassez de estudos sobre a perspetiva dos homens acerca qualidade da relação conjugal na gravidez, sendo estes estudos canalizados para a transição para a parentalidade (Bornhoudt & Wager, 2005; Rodríguez et al., 2004). No entanto, estudos recentes revelam que a qualidade da relação conjugal e o bem-estar paterno constituem pilares cruciais para todos os elementos deste processo, incluindo o próprio, e que posteriormente determinam a recuperação pós-parto e ainda a relação que se estabelece entre o pai e a criança (Condon, 2006). De facto, o apoio do parceiro tem sido apontado como um fator preditor da saúde materna no puerpério. Klein e Guedes (2008) sublinha a necessidade de incluir o casal em programas preventivos, uma vez que, na sua maioria se verifica intervenções dirigidas exclusivamente à mãe. Mendes (2002) enfatiza esta ideia referindo a maior facilidade em encontrar estudos referentes à mãe em relação ao pai. O mesmo autor, salienta ainda o facto de tradicionalmente a mãe ainda adotar o papel de cuidadora e o pai adotar o papel de provedor (Mendes, 2002).

2.2.1.2. Ansiedade paterna e ligação ao bebé

Tal como apontado anteriormente, na atualidade, sabe-se que o homem durante a gravidez para além das modificações sociais, sofre ainda alterações psicológicas, sendo a mais apontada a ansiedade. É frequente, tanto o pai como a mãe sentirem ansiedade em relação à gravidez e ao futuro papel de pais, uma vez que os pais sentem-se pouco preparados para

assumirem o novo papel (Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco & Costa, 2009; Conde & Figueiredo, 2007; Lee, Chong, Chiu, Lam & Fong, 2007; Pedras, 2007; Andersson, Sundstrom-Poromaa, Wulff, Astro & Bixo, 2004; Breilkopf, Primeau, Levine, Olson, Wu, Berenson, 2006; Figueiredo, 2004; Heron, O'Connor, Evans, Golding, Glover & ALSPAC Study Team, 2004; Buist, Morse & Durkin, 2003; Matthey, Barnett, Ungerer & Waters, 2003). Estes autores sublinham que a ansiedade pode dificultar a capacidade de adaptação à gravidez e à parentalidade, tanto da mãe como do pai. Papalia e Olds (2000) partilham a mesma perspetiva, referindo que tanto pais como mães sentem que a nova responsabilidade de cuidar de uma criança acarreta imensa ansiedade em relação a tornar-se pais. Neste sentido, Pedras (2007) evidencia que mesmo aqueles pais que frequentaram sessões de preparação para a transição à parentalidade têm este sentimento. Gomez (2005) refere que o facto de a gravidez não estar sob controlo dos pais pode contribuir para a ansiedade facto que se sobrepõe às preocupações mais específicas deste período.

Estudos recentes têm revelado níveis de sintomatologia psicopatológica menos acentuada nos homens comparativamente com as mulheres durante a gravidez (Teixeira et al., 2009; Correia & Linhares, 2007; Lee et al., 2007). Embora a diferença não seja estatisticamente significativa, um estudo de Teichman e Lahav (1987; cit. in Condon e Esuvaranathan, 1990) revelou que homens primíparos têm menos ansiedade do que aqueles que vão ser pais pela segunda ou mais vezes. Porém, estudos recentes têm demonstrado que ser pai pela primeira vez constitui maior desafio à capacidade geral de adaptação do homem, tornando-se num período mais stressante (Condon & Esuvaranathan, 1990). A literatura abordada evidencia algumas limitações nos estudos da ansiedade no homem no período gravídico. Os autores identificaram dificuldades e limitações nomeadamente a nível metodológico: pouca clareza nas definições de ansiedade e stress; existência de poucos instrumentos validados para aceder à referida sintomatologia; morbilidade com a depressão; e, recurso a amostras pouco numerosas (Faisal-Cury & Menezes, 2007; Andersson et al., 2004; Rodríguez et al., 2004). Sublinha-se que em gravidezes subsequentes o peso da responsabilidade pode tornar-se mais forte com cada gravidez (Gomez, 2005). A autora menciona que o nascimento do segundo filho exige sobretudo ao pai um maior apoio à companheira o que implica ainda submeter-se ao novo papel de principal "sócio" do primeiro.

Apesar de se encontrarem estudos bastante consistentes relativos à vinculação paterno-fetal e à ansiedade, existem outros que corroboram esta perspetiva. Nos progenitores masculinos não se verifica associação entre a ansiedade a vinculação pré-natal (Rogríguez et al., 2004).

Em suma, as mudanças ocorridas no homem durante o processo de adaptação à gravidez acarretam consequências de foro psicológico que influenciam desde a sua relação conjugal até ao vínculo que este estabelecerá com seu filho. Piccinini e colaboradores (2009) mencionam que envolvimento do pai no período pré-natal é facilitado através do contacto táctil do abdómen e as ecografias. Estes acontecimentos permitem que o pai comece a imaginar o filho, a atribuir-lhe um sexo, características físicas próprias, um temperamento. É a partir daqui, que se começa a desenhar a vinculação pai-filho, que influenciará a relação futura de pai e filho. No entanto, Camarneiro e Justo (2010) salientam a importância das mães incentivarem e potenciarem o envolvimento dos pais no processo de gestação, uma vez que a mãe é a mediadora do vínculo do companheiro com o filho. Assim, o período gestacional aparece como um momento de particular atenção e apoio a ser prestado aos futuros pais. Este período constitui vulnerabilidade psicopatológica, na medida em que comporta sérios riscos para o progresso tanto da própria gestação, saúde do feto e bebé e a própria saúde mental futura dos pais (Perren, Von Wyl, Burgin, Simoni & Von Klitzing, 2005; Figueiredo, 2001). Neste sentido, torna-se necessário uma melhor compreensão do processo psicológico durante a transição para a parentalidade para os homens (Hjelmstedt & Collins, 2008; Bayle, 2006; Hjelmstedt, Widström & Collins, 2006; Bornhoultdt & Wagner, 2005; Sjögren, Edman, Widström, Mathiesen & Uvnäs-Moberg, 2004; Sá, 1997).

Parte II – Estudo Empírico

A segunda parte deste trabalho refere-se à parte empírica deste estudo, onde se descreve a investigação realizada. Será inicialmente descrita a metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo. De seguida serão apresentados os resultados obtidos, a interpretação e a discussão dos mesmos. Para finalizar, serão apontadas as conclusões do estudo, limitações, e sugestões para futuras investigações.

3. Metodologia

Neste ponto serão apresentados os objetivos, o desenho do estudo, as variáveis estudadas, a amostra, os instrumentos de avaliação, bem como os procedimentos de recolha e análise dos dados.

3.1. Objetivos e desenho do estudo

O presente estudo quantitativo enquadra-se numa investigação do tipo observacional, descritivo-transversal. Pretende-se, numa amostra de homens que acompanham a companheira na sua gestação, explorar os resultados através da análise de relações estatísticas entre variáveis num só momento de avaliação.

O objetivo geral desta investigação consiste em caracterizar uma amostra de homens durante o período de gravidez da companheira em relação à vinculação pré-natal ao feto, níveis de ansiedade e qualidade do relacionamento conjugal. Com este estudo pretende-se ainda recolher informação relevante para a construção futura de um programa de intervenção dirigido a pais, com o intuito de despertar o envolvimento paterno o mais precocemente no processo da parentalidade.

Este estudo tem como objetivos específicos:

- analisar a associação entre a qualidade da vinculação pré-natal do pai ao feto, os níveis de ansiedade e a qualidade do relacionamento conjugal;
- investigar a variação dos resultados em função das características sociodemográficas e clínicas da amostra;
- contribuir para o aumento dos conhecimentos acerca da vivência do período da gravidez pelo homem;
- contribuir com informação pertinente para o desenvolvimento futuro de um programa de intervenção que vise promover uma melhor adaptação paterna à parentalidade.

3.2. Variáveis em estudo

Atendendo aos objetivos expostos anteriormente, foram consideradas neste estudo as seguintes variáveis:

- Variáveis psicológicas: ansiedade; vinculação pré-natal do pai ao bebé; e percepção da qualidade da relação conjugal.

- Variáveis sociodemográficas: idade, estado civil, tempo de relacionamento com a companheira, área de residência, habilitações literárias, profissão, estatuto profissional, nível socioeconómico, constituição do agregado familiar.
- Variáveis clínicas e relativas à gravidez: condição atual em termos psiquiátricos e médicos (doenças médicas, história de acompanhamento psicológico/psiquiátrico, medicação); dados relativos à gravidez (tempo de gestação, planeamento e desejo da gravidez; aceitação inicial da gravidez; número de filhos projetados pelo pai e pelo casal; paridade: primíparo ou múltiparo; história de gravidez de risco atual; acompanhamento da gravidez; número de ecografias realizadas; número de ecografias em que o pai esteve presente; conhecimento do sexo do bebé; frequência e intensidade com que sente os movimentos do bebé); conhecimentos acerca da gravidez/parentalidade.

3.3. Procedimentos de recolha dos dados

Após o deferimento do pedido de autorização da ARS Norte para a concretização da investigação (Anexo 1), procedeu-se ao contacto com os participantes que acompanharam as grávidas à consulta de Saúde Materna. Os participantes foram abordados pela investigadora principal deste estudo, na sala de espera do Centro de Saúde de Fafe, Cabeceiras de Basto e Mondim de Basto, nos dias de semana da consulta de Saúde Materna, num total de 7 participantes. Aos companheiros das mulheres grávidas que não fazem este acompanhamento nas consultas de saúde materna (54 participantes), foram enviados os instrumentos de avaliação pela gestante, num envelope fechado com uma carta de apresentação do estudo a solicitar a sua colaboração. Destes participantes 12 recusaram a participação.

De acordo com as exigências éticas, antes da realização da recolha da amostra foram expostos os objetivos do estudo e os procedimentos de recolha de dados de forma breve, diretamente ao participante na sala de espera ou por carta. A participação na investigação foi voluntária, sendo garantida a confidencialidade dos dados. Os participantes que aceitarem colaborar, receberam um consentimento informado escrito (Anexo 2) o qual foi assinado. Os instrumentos (Anexo 3) foram identificados através de um código e posteriormente utilizados na construção da base de dados, preservando-se a identidade dos participantes do estudo. Estes instrumentos correspondem a medidas de autorrelato de preenchimento individual tendo sido fornecidas instruções para o seu preenchimento.

3.4. Amostra

A amostra do presente estudo foi constituída por 61 homens cujas companheiras em gestação frequentaram os cuidados de saúde primários na consulta de Saúde Materna no ACES do Alto Ave (Centro de Saúde de Fafe, Centro de Saúde de Cabeceiras de Basto e Centro de Saúde de Mondim de Basto). Os critérios de inclusão para participação no referido estudo foram os seguintes: idade superior a 18 anos e possuírem competências mínimas que permitissem compreender e preencher os instrumentos de avaliação.

Esta investigação seguiu um processo de amostragem não probabilística, intencional e de conveniência, uma vez que foram selecionados os elementos da população mais acessíveis ao investigador.

3.4.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

A caracterização sociodemográfica da amostra total é apresentada no quadro 1. Fizeram parte deste estudo 61 homens utentes do ACES do Alto Ave (N=61), residindo 39,3% em área urbana e 60,7% em zona rural. A faixa etária dos participantes está compreendida entre os 21 e os 51 anos de idade (M=32,98; DP=5,66). A variável idade foi categorizada em <33 anos (mais novos, n=29) e ≥33 anos (mais velhos, n=32). 47,5% têm menos de 33 anos e 52,5% têm 33 ou mais anos. Relativamente ao estado civil, 88,5% da amostra é casada, 8,2% encontra-se em união de facto e 3,3% é solteira. O tempo de relacionamento com a companheira varia entre os 2 e os 20 anos (M=8,88; DP=4,81). 27,9% dos homens têm um relacionamento conjugal menor ou igual a 5 anos, 32,8% menor ou igual a 10 anos e 36,1 tem um relacionamento maior ou igual a 20 anos. A idade da companheira varia entre os 22 e os 42 anos de idade (M=30,43; DP=4,55).

Em relação à história obstétrica antecedente, 57,4% dos homens são pais pela primeira vez, enquanto que 42,6% já têm filhos. Para 39,3% dos participantes este é o segundo filho e para 3,3% dos participantes é o terceiro filho. Os filhos dos participantes múltiparos apresentam idades compreendidas entre os 12 meses e os 19 anos.

Nas habilitações literárias verifica-se que 42,6% da amostra possui o ensino secundário (10.º a 12.º ano), 26,2% o terceiro ciclo (7.º a 9.º ano), 16,4%, o segundo ciclo (5.º a 6.º ano), 13,1% o ensino superior (licenciatura/bacharelato), e apenas 1,6% não adquiriu escolaridade.

A variável profissão foi categorizada em dois níveis: profissões de competência média/comerciante industrial de pequenas empresas e médios proprietários agrícolas, correspondendo a 67,2% da amostra; e operários especializados e semiespecializados,

referente a 32,8% dos participantes. Quanto ao estatuto profissional, 90,2% dos homens encontram-se empregados e 9,8% em situação de desemprego. O agregado familiar dos participantes é composto pelo casal (47,4%), por três pessoas (45,9%), 3,3% quatro pessoas e 3,3% cinco ou mais pessoas. O rendimento mensal médio do agregado familiar é apresentado em categorias: até 485 mensais que corresponde ao rendimento de 1,6% dos participantes, 16,4% da amostra auferem de 485€ a 750€ mensais, 59,0% recebem de 750€ a 1.500€ mensais, 18% dos participantes contam com 1.500€ a 2.500€ mensais e 4,9% referem receber mais de 2.500€ mensais. 95% dos homens têm irmãos. O número de irmãos varia de 0 a 12, sendo que 31,1% (n=19) dos homens tem 1 irmão, 23,0% (n=14) tem 2 irmãos, 6,6% (n=4) tem 3 irmãos, 12 (19,7%) homens têm 4 irmãos, 6,6% (n=4) têm 5 irmãos, 1,6% (n=1) têm 10 irmãos, 1,6% (n=1) têm 12 irmãos e 5,0% (n=3) são filhos únicos.

Quadro 1: Caracterização sociodemográfica amostra total (N=61)

Variáveis sociodemográficas	n	%	M	DP	Mín.	Máx.
Idade	62	100	32,98	5,664	21	51
Idade categorizada						
<33 anos (mais novos)	29	47,5				
≥33 anos (mais velhos)	32	52,5				
Estado civil						
Solteiro	2	3,3				
Casado	54	88,5				
União de facto	5	8,2				
Idade da companheira			30,43	4,548	22	42
Tempo de relacionamento em anos			8,88	4,81	2	20
Tempo de relacionamento categorizado						
≤5 anos	17	27,9				
≤10 anos	20	32,8				
≤20 anos	22	36,1				
Tem filhos						
Sim	26	42,6				
Não	35	57,4				
Este bebé é:						
Primeiro filho	35	57,4				
Segundo filho	24	39,3				
Terceiro filho	2	3,3				
Área de residência						
Urbana	24	39,3				
Rural	37	60,7				
Habilitações literárias						
Sem escolaridade	1	1,6				
2.º ciclo (5º a 6º ano)	10	16,4				
3.º ciclo (7º a 9º ano)	16	26,2				
Ensino Secundário (10º a 12º ano)	26	42,6				
Ensino Superior (Licenciatura/Bacharelato)	8	13,1				

Quadro 1: Caracterização sociodemográfica amostra total (N=61) Continuação)

Variáveis sociodemográficas	n	%
Profissão categorizada		
Profissões de competência média, comerciante industrial de pequenas empresas e médios proprietários agrícolas	41	67,2
Operários especializados e semiespecializados	20	32,8
Estatuto Profissional		
Empregado	55	90,2
Desempregado	6	9,8
Número de elementos do Agregado familiar		
Casal	29	47,5
Três pessoas	28	45,9
Quatro pessoas	2	3,3
Cinco ou mais pessoas	2	3,3
Rendimento mensal do agregado familiar		
Até 485	1	1,6
485€ a 750€	10	16,4
750€ a 1.500€	36	59,0
1.500€ a 2.500€	11	18,0
Mais de 2.500€	3	4,9
Tem irmãos		
Sim	57	95,0
Não	3	5,0
Número de irmãos		
0	3	5,0
1	19	31,1
2	14	23,0
3	4	6,6
4	12	19,7
5	4	6,6
6	2	3,3
10	1	1,6
12	1	1,6

3.4.2. Caracterização clínica da amostra

No que concerne à informação clínica (quadro 2) apurou-se que 4,9% dos participantes possuem alguma doença física e 95,1% refere não possuir qualquer condição clínica. As doenças apontadas referem-se a artrite (1,6%) e sinusite (3,3%). Em relação a acompanhamento psicológico verificou-se que apenas um participante foi alvo de acompanhamento por motivo de infertilidade. Nesta população, 11,5% indicam tomar de medicação e 88,5% apontam que não o fazem. Os motivos apontados para o tratamento farmacológico são ácido úrico (1,6%), aneurisma (1,6%), artrite (1,6%), colesterol (3,3) e estômago (1,6%).

Quadro 2: Caracterização clínica amostra total (N=61)

Variáveis clínicas	n	%
Doença física		
Sim	3	4,8
Não	58	95,1
Acompanhamento psicológico atual		
Sim	0	0
Não	61	100
Acompanhamento Psicológico passado		
Sim	1	1,6
Não	60	98,4
Toma medicação		
Sim	7	11,5
Não	54	88,5
Medicação motivo		
Ácido úrico	1	1,6
Aneurisma	1	1,6
Artrite	1	1,6
Colesterol	2	3,3
Estômago	1	1,6

3.4.3. Caracterização da amostra relativamente aos dados acerca da gravidez e da parentalidade

As principais características acerca da gravidez e parentalidade da amostra total são apresentadas no quadro 3. Relativamente à história obstétrica atual da companheira, verificou-se que 1,6% se encontrava com 4 semanas de gestação, 8,2% entre a 4.^a e a 12.^a semana, 8,2% 12-18 semanas, 13,1% 18-24 semanas, 32,8% 24-32 semanas, 26,2% 32-36 semanas, 9,8% mais de 37 semanas. 31,1% das companheira encontram-se com menos de 24 semanas de gestação, 59,0% entre as 24 e as 32 semanas e 9,8% situam-se acima das 32 semanas de gestação. A maioria dos homens revela ter tomado conhecimento da gravidez precocemente, às 4-5 semanas (60,7%), no entanto, 36,1% dos participantes descobriram entre as 6 e as 10 semanas e 3,4% tiveram conhecimento da gestação da companheira entre as 11 e 18 semanas. A maioria dos participantes refere que esta gravidez foi planeada (80,3%). No que concerne ao projeto de vida parental 98,4% dos participantes planeavam ter filhos, enquanto 1,6% revelaram que não tinham essa intenção. Os participantes que planeavam ter filhos revelaram que planeavam ter entre 1 e 3 filhos e pensavam ser pais entre os 22 e os 40 anos.

Relativamente ao risco da gravidez da companheira 19,7% dos participantes confirmam a história atual de gravidez de risco. 26,2% dos participantes relatou ainda que a companheira apresenta história de aborto.

A preferência pelo sexo do bebé é revelada por 60,7% dos homens e 39,3% refere não ter qualquer preferência. Dos homens que revelaram ter preferência pelo género do bebé,

87,5% apontaram o sexo masculino e 12,5 têm preferência pelo sexo feminino. 83,6% dos homens afirma saber o sexo do bebê, enquanto que 16,4% ainda não tem conhecimento. Aqueles que têm conhecimento do gênero do bebê, 54,9% refere o gênero masculino e 45,1% corresponde ao gênero feminino.

No que concerne à preocupação com a gravidez ou com o bebê, a maioria dos homens assinalaram “um pouco” (47,5) seguindo-se de 27,9% “bastante”. 18,0% dos participantes refere encontrar-se “muito” preocupados com a gravidez ou com o bebê enquanto 3,3% referem “nada” preocupados. A variável preocupação com a gravidez ou com o bebê foi categorizada em nada-um pouco e bastante-muito-demasiado, para desta forma haver mais equilíbrio numérico entre grupos, assumindo 31 sujeitos (50,8%) e 30 participantes (49,2%), respetivamente.

A grande maioria dos participantes já sentiu o bebê mexer na barriga da companheira (78,7%), enquanto que 21,3% ainda não sentiu. 75,4% da população refere acariciar a barriga todos os dias, 18,0% 1-2 vezes por semana, 4,9% raramente e apenas 1,6 refere não acariciar a barriga. Os homens revelaram maioritariamente “falar com a barriga” da sua companheira todos os dias (47,5%), 27,9% 1-2 vezes por semana, 14,8 raramente e 9,8% não falam. A curiosidade dos homens pela leitura sobre temas da gravidez ou sobre a parentalidade indicaram que 54,1% fazem-no por vezes, 32,8% não têm esse hábito, e apenas 13,1% fazem-no com frequência. O acompanhamento da companheira às consultas de gravidez é feito frequentemente pela maioria dos homens (50,8%) 37,7% fá-lo às vezes, 6,6% raramente e apenas 4,9% nunca fazem esse acompanhamento.

A maioria dos homens sente-se apoiado pela família na gravidez (82,0%), 13,1% referem sentir esse apoio às vezes, 3,3% raramente e uma pequena parte, 1,6%, refere nunca sentir apoio. O apoio sentido pelo homem em relação à mãe do bebê é avaliado de forma favorável, sendo referidas duas categorias, frequentemente (93,4%) e às vezes (6,6%). 91,8% dos homens já estiveram presentes numa ecografia e apenas 8,2% revelaram não o ter feito. Quando questionados sobre se gostariam de estar presentes no momento do parto, 67,2% responderam afirmativamente.

Quadro 3: Caracterização da amostra relativamente aos dados acerca da gravidez/parentalidade (N=61)

Variáveis acerca da gravidez/parentalidade	n	%
Tempo de gestação da companheira		
4 semanas	1	1,6
4-12 semanas	5	8,2
12-18 semanas	5	8,2
18-24 semanas	8	13,1
24-32 semanas	20	32,8
32-36 semanas	16	26,2
≥37 semanas	6	9,8
Tempo de gestação da companheira categorizado		
4-24 semanas	19	31,1
24-31 semanas	20	32,8
Mais de 32 semanas	22	36,1
Quando tomou conhecimento da gravidez		
4-5 semanas	37	60,7
6-10 semanas	22	36,1
11-18 semanas	2	3,3
Gravidez planeada		
Sim	49	80,3
Não	12	19,7
Planeava ter filhos		
Sim	60	98,4
Não	1	1,6
Quantos filhos pensava ter		
Um	10	16,4
Dois	44	72,1
Três	6	9,8
Idade pensava ser pai		
20-29 anos	28	45,9
Mais de 30 anos	29	47,5
A gravidez da companheira é de risco		
Sim	12	19,7
Não	49	80,3
História de aborto anterior		
Sim	24	39,3
Não	37	60,7
Preferência pelo sexo do bebé		
Sim	24	39,3
Não	37	60,7
Preferência assinalada		
Menino	21	87,5
Menina	3	12,5
Tem conhecimento do sexo bebé		
Sim	51	83,6
Não	10	16,4
Qual sexo bebé		
Menino	28	54,9
Menina	23	45,1

Quadro 3: Caracterização da amostra relativamente aos dados acerca da gravidez/parentalidade (N=61) (continuação)

Variáveis acerca da gravidez/parentalidade	n	%
Preocupação com a gravidez		
Nada	2	3,3
Um pouco	29	47,5
Bastante	17	27,9
Muito	11	18,0
Demasiado	2	3,3
Preocupação com a gravidez categorizada		
Nada-Um pouco	31	50,8
Bastante-Muito-Demasiado	30	49,2
Já Sentiu o bebé mexer		
Sim	48	78,7
Não	13	21,3
Acaricia a barriga		
Todos os dias	46	75,4
1-2 vezes por semana	11	18,0
Raramente	3	4,9
Não acaricio a barriga	1	1,6
“Fala com a barriga”		
Todos os dias	29	47,5
1-2 vezes por semana	17	27,9
Raramente	9	14,8
Não falo	6	9,8
Lê sobre gravidez/parentalidade		
Sim, com frequência	8	13,1
Por vezes	33	54,1
Não costumo	20	32,8
Acompanha as consultas		
Nunca	3	4,9
Raramente	4	6,6
Às vezes	23	37,7
Frequentemente	31	50,8
Sente apoio da família		
Nunca	1	1,6
Raramente	2	3,3
Às vezes	8	13,1
Frequentemente	50	82,0
Sente apoio da mãe bebé		
Frequentemente	57	93,4
Às vezes	4	6,6
Esteve presente em alguma ecografia		
Sim	56	91,8
Não	5	8,2
Gostaria de estar presente no parto		
Sim	41	67,2
Não	20	32,8

3.4.4. Caracterização sociodemográfica dos participantes primíparos e múltiparos

As características sociodemográficas dos participantes primíparos e múltiparos são apresentados no quadro 4. Utilizou-se o *t-test* para testar as diferenças entre primíparos e múltiparos nas variáveis de natureza intervalar ou contínua (e.g. idade) e o teste de *Qui-quadrado* nas variáveis categóricas (e.g. género).

A amostra primípara é constituída por 35 participantes (57,4%) e a amostra múltipara por 26 elementos (42,6%). A idade média dos primíparos é de 30,86 anos (DP=4,99), um pouco inferior em relação aos múltiparos de 35,85 anos (DP=5,32). No entanto esta diferença não é estatisticamente significativa ($t=23.17$, $p=.39$). Relativamente à idade categorizada, 48,6% dos participantes primíparos possuem idade inferior a 33 anos e 51,4% têm idade superior ou igual a 33 anos. Quanto aos múltiparos 46,2% têm menos de 33 anos e 53,8% têm 33 ou mais anos. Assim, não se verificam diferenças estatisticamente significâncias em relação à idade categorizada ($\chi^2=.04$, $p=1.0$).

Em relação ao estado civil, 82,9% dos participantes primíparos são solteiros e 17,1% dos participantes primíparos são casados. Dos participantes múltiparos 92,2% são solteiros e 3,8% casados. Esta diferença não é estatisticamente significativa ($\chi^2=2.6$, $p=.22$). A idade da companheira para os participantes primíparos apresenta uma média de 28.83 anos (DP=3.92) e 32.58 (DP=4.51) corresponde à média de idades das companheiras dos múltiparos. Porém, a diferença não é estatisticamente significativa ($t=28.17$, $p=.08$). No relacionamento conjugal, 42,9% dos participantes primíparos referem que este varia entre os 0 e os 5 anos, 37,1% mantêm um relacionamento conjugal entre os 6 e os 10 anos e 20,0% corresponde a um relacionamento conjugal entre os 11 e os 20 anos. Em relação com os múltiparos, 28,8% apontam um relacionamento conjugal entre os 0 e os 5 anos, 33,9% referem um relacionamento entre os 6 e os 10 anos e 37,3% preservam entre os 11 a 20 anos de relacionamento conjugal. Desta forma, verifica-se uma diferença estatisticamente significativa desta variável ($\chi^2 =13.0$, $p=.00$), apresentando os participantes primíparos maior tempo de relacionamento conjugal entre os 0 e 10 anos do que os múltiparos.

No que diz respeito à área de residência, 37,1% da amostra primípara reside em meio urbano e 62,9% em meio rural. Quanto à amostra múltipara, 42,3% refere residir em meio urbano e 57,7% em meio rural. Na presente amostra não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 =.17$, $p=.79$).

Os participantes primíparos com profissões de competência média, comerciante industrial de pequenas empresas e médios proprietários agrícolas correspondem a 65,7% e

34.3% corresponde a operários especializados e semiespecializados. Na amostra múltipara 69.2% referem profissões de competência média, comerciante industrial de pequenas empresas e médios proprietários agrícolas e 30.8% referem a profissão de operários especializados e semiespecializados. Esta diferença não é estatisticamente significativa ($\chi^2 = .08$, $p=1.0$). Relativamente ao estatuto profissional, os participantes primíparos empregados constituem 94.3% da amostra e 5.7% encontram-se em situação de desemprego. Os participantes múltiparos empregados correspondem a 84,6% e 15,4% estão desempregados. Esta diferença não é estatisticamente significativas ($\chi^2 = 1.57$, $p=.39$).

Na amostra em estudo, 40% dos participantes primíparos possuem habilitações literárias até ao 9.º ano e 60% excedem o 9.º ano de escolaridade. Já os participantes múltiparos com escolaridade até ao 9.º ano corresponde a 50% da amostra e habilitações acima do 9.º ano é representado por 50% da amostra. Nesta amostra, não se verificam diferenças entre os grupos ao nível das habilitações literárias ($\chi^2 = .61$, $p=.60$).

O número de elementos do agregado familiar para os participantes primíparos varia entre casal (82.9%) e três ou mais pessoas (17.1%). Quanto aos múltiparos, o agregado familiar é constituído por três ou mais pessoas (100%). Nesta variável verificam-se assim diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 41.07$, $p=.00$), apresentando os participantes primíparos uma maior percentagem de agregado familiar constituído por duas pessoas do que o grupo de participantes múltiparos. 17.1% dos participantes primíparos auferem como rendimento mensal do agregado familiar de 485€-750€ e 82.9% recebem de 750€-2.500€. Os participantes múltiparos que auferem 485€-750€ representam 19.2% desta amostra e 80.8% recebem de 750€-2.500€ mensais. Nesta variável, não se verificam diferenças entre os grupos ($\chi^2 = .04$, $p=1.00$).

No que concerne ao número de irmãos 91,2% dos participantes primíparos referem terem irmãos e 8,8% não têm irmãos. Nos participantes múltiparos todos os elementos da amostra responderam que têm irmãos. Deste modo, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre o número de filhos e a paridade ($\chi^2 = 2.42$, $p=0.25$).

Quadro 4: Caracterização sociodemográfica das subamostras: participantes primíparos e múltiparos (N=61)

Variáveis sociodemográficas	Primíparos (n=35)				Múltiparos (n=26)				t/ χ^2	p
	n	%	M	DP	n	%	M	DP		
Idade	35	57,4	30,9	4,99	26	42,6	35,9	5,32	23,17	0,39
Idade categorizada									0,04	1,0
<33 anos	17	48,6			12	46,2				
≥33 anos	18	51,4			14	53,8				

Quadro 4: Caracterização sociodemográfica das subamostras: participantes primíparos e múltiparos (N=61) (continuação)

Variáveis sociodemográficas	Primíparos (n=35)				Múltiparos (n=26)				t/ χ^2	p
	n	%	M	DP	n	%	M	DP		
Estado civil categorizado									2,6	0,22
Solteiro	29	82,9			25	92,2				
Casado	6	17,1			1	3,8				
Idade da companheira			28,8	3,92			32,58	4,51	28,46	0,08
Tempo de relacionamento			6,74	3,48			12,0	4,83	29,27	0,05
Tempo de relacionamento categorizado									13,05	0,00
[0, 5] anos	15	42,9			2	28,8				
]5, 10] anos	13	37,1			7	33,9				
]10, 20] anos	7	20,0			15	37,3				
Área de residência									0,17	0,79
Urbana	13	37,1			11	42,3				
Rural	22	62,9			15	57,7				
Habilitações literárias categorizada									.61	.60
≤ 9.ºano	14	40			13	50				
>9.ºano	21	60			13	50				
Profissão categorizada									0,08	1,0
Profissões de competência média, comerciante industrial de pequenas empresas e médios proprietários agrícolas	23	65,7			18	69,2				
Operários especializados e semiespecializados	12	34,3			8	30,8				
Estatuto Profissional categorizado									1,57	0,39
Empregado	33	94,3			22	84,6				
Desempregado	2	5,7			4	15,4				
Número de elementos do agregado familiar									41,07	0,00
Casal	29	82,9			0	0				
Três ou mais pessoas	6	17,1			26	100				
Rendimento mensal do agregado familiar									0,04	1,00
485€-750€	6	17,1			5	19,2				
De 750€-2.500€	29	82,9			21	80,8				

Quadro 4: Caracterização sociodemográfica das subamostras: participantes primíparas e múltiparas (N=61) (continuação)

Variáveis sociodemográficas	Primíparas (n=35)				Múltiparas (n=26)				t/ χ^2	p
	n	%	M	DP	n	%	M	DP		
Tem irmãos									2,42	0,25
Sim	31	91,2			26	100				
Não	3	8,8			0	0				

Nas características sociodemográficas da amostra primípara e múltipara, verificaram-se diferenças entre os grupos em determinadas variáveis, particularmente no tempo de relacionamento e número de elementos do agregado familiar. Desta forma, os participantes múltiparas mantêm um relacionamento conjugal mais prolongado que os primíparas e apresentam um agregado familiar mais alargado. Estes dados serão tidos em conta nas análises estatísticas e na interpretação dos resultados.

3.4.5. Caracterização clínica dos participantes primíparas e múltiparas

A caracterização clínica dos participantes primíparas e múltiparas é apresentada no quadro 5.

Relativamente aos participantes primíparas, 2,9% apresenta doença física e 97,1% não possui qualquer doença. Nos múltiparas, 4,9% referem apresentar doença física e 95,1% não possui qualquer tipo de doença física. Nesta amostra, não se verificaram diferenças em relação a esta variável ($\chi^2 = .75$, $p = .57$).

Quanto ao acompanhamento psicológico/psiquiátrico atual ambos os elementos das subamostras, primíparas e múltiparas, revelaram não terem qualquer tipo de acompanhamento. No entanto, o acompanhamento psicológico/psiquiátrico passado é apontado por 2,9% dos participantes primíparas e 97,1% não tiveram qualquer tipo de acompanhamento. Os participantes múltiparas que já tiveram acompanhamento no passado corresponde a 15,4% dos participantes e 84,6% não tiveram acompanhamento. Esta variável não apresenta diferenças significativas ($\chi^2 = .76$, $p = 1.0$).

No que diz respeito à medicação, 8,6% dos participantes primíparas tomam medicação e 97,1% não o fazem. Nos múltiparas 15,4% da amostra tomam medicação e 84,6% não tomam medicação. Nesta amostra não se verificaram diferenças significativas entre a medicação e a paridade ($\chi^2 = .68$, $p = .45$).

Quadro 5: Caracterização clínica das subamostras: participantes primíparos e múltiparos (N=61)

Variáveis clínicas	Primíparos (n=35)		Múltiparos (n=26)		t/ χ^2	p
	n	%	n	%		
Doença física					0,75	0,57
Sim	1	2,9	2	7,7		
Não	34	97,1	24	95,1		
Acompanhamento Psicológico atual					-	-
Sim	0	0	0	0		
Não	35	100	26	100		
Acompanhamento Psicológico passado					0,76	1,0
Sim	1	2,9	0	0		
Não	34	97,1	26	100		
Toma medicação					0,68	0,45
Sim	3	8,6	4	15,4		
Não	32	91,4	22	84,6		

Na caracterização clínica da amostra primípara e múltipara, não se verificaram diferenças entre os grupos. Neste sentido, tanto os participantes primíparos como os múltiparos apresentam condições clínicas homogêneas.

3.4.6. Caracterização dos participantes primíparos e múltiparos relativamente aos dados acerca da gravidez e parentalidade

Os dados acerca da gravidez/parentalidade dos participantes primíparos e múltiparos são apresentados no quadro 6.

Os participantes primíparos referem que o tempo de gestação da companheira encontra-se entre as 4-24 semanas (28,6%), 24-31 semanas (42,9%) e mais de 32 semanas (28,6%). 34,6% dos múltiparos referiram que a companheira se encontra entre 4-24 semanas, 19,2% situam-se nas 24-31 semanas e 46,2% com mais de 32 semanas. Não se verificaram diferenças em relação a esta variável ($\chi^2 = 3,99$, $p = .77$). 28,6% dos participantes tomou conhecimento da gravidez entre as 4-5 semanas, e 28,6% a partir das 6 semanas. Quanto aos múltiparos, 46,2% tomaram conhecimento da gravidez às 4-5 semanas e 46,2% referem ter tomado conhecimento a partir das 6 semanas. Nesta amostra, não se verificaram diferenças significativas entre as variáveis ($\chi^2 = 3,99$, $p = .07$).

A gravidez foi planeada por 88,6% dos participantes primíparos, enquanto que 11,4% revelaram não terem planeado a gravidez. No que diz respeito aos participantes múltiparos, 69,2% planearam a gravidez e 30,8 não planearam. Na variável planeamento da gravidez não

se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de participantes ($\chi^2 = 3.53$, $p = .10$).

Quando questionados se planeavam ter filhos, 97,1% dos participantes primíparos responderam que sim e apenas 2,9% responderam não. Relativamente aos múltiparos a totalidade dos participantes respondeu afirmativamente à questão (100%). Nesta variável não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre primíparos e múltiparos ($\chi^2 = .76$, $p = 1.0$).

A gravidez é considerada de risco para 17,1% das companheiras dos participantes primíparos e sem complicações para 82,9%. Já 23,1% dos múltiparos referem que a gravidez é considerada de risco e 76,9% referem que não. Neste sentido, não se verificaram diferenças significativas relativamente ao risco da gravidez ($\chi^2 = .33$, $p = .75$).

No que diz respeito à história de aborto anterior, 17,1% dos participantes primíparos referem já ter ocorrido e 82,9% salientam que não ocorreu. 38,5% dos participantes múltiparos referem história de aborto anterior da companheira e 61,5% referem que não. Assim, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nesta variável ($\chi^2 = 3.50$, $p = .08$).

A preferência pelo sexo do bebé é apontada por 40% dos participantes primíparos enquanto que 60% revela não ter qualquer preferência. Os participantes múltiparos revelaram ter preferência pelo sexo do bebé, 38,5%, e 61,5% não têm preferência. Não se verificaram diferenças significativas entre as variáveis ($\chi^2 = .02$, $p = 1.0$). Dos participantes primíparos que revelaram ter preferência pelo sexo do bebé, 85,7% preferem menino e 14,3% preferem menina. Já os participantes múltiparos referiram preferirem menino (90%) e apenas 10% referiram menina. Desta forma, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na variável preferência pelo sexo do bebé ($\chi^2 = .10$, $p = 1.0$).

Ao nível do conhecimento do sexo do bebé, 82,9% dos participantes primíparos têm conhecimento e 17,1% não têm. Em relação aos participantes múltiparos, 84,6% referem ter conhecimento e 15,4% referem não ter. Nesta variável também não se verificaram diferenças significativas ($\chi^2 = .03$, $p = 1.0$). 65,5% dos participantes primíparos que têm conhecimento do sexo do bebé revelaram menino e 34,5% menina. Já 40,9% dos participantes múltiparos revelaram que o sexo do bebé será do género masculino e 59,1% do género feminino. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nesta variável ($\chi^2 = 3.06$, $p = .10$).

A preocupação com a gravidez na amostra primípara é repartida em “nada-um pouco” (57,1%) e “bastante-muito-demasiado” (42,9%). Na amostra múltipara 42,3% referem “nada-um pouco” preocupados com a gravidez e 57,7% referem “bastante-muito-demasiado”.

Relativamente a estas variáveis não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as subamostras ($\chi^2=1.31$, $p=.31$).

Quanto ao sentir o bebé mexer, 74.3% dos participantes primíparos referem que sim e 25.7% referem que não. 84.6% dos múltiparos já sentiram o bebé mexer e 15.4% não sentiram. Não se verificaram resultados estatisticamente significativos nesta variável ($\chi^2=.95$, $p=.26$).

Os participantes primíparos revelaram acariciar a barriga da companheira frequentemente (77,1%) e 22,9% acaricia algumas vezes. A barriga é acariciada frequentemente por 73.1% dos participantes múltiparos e 26.9% acaricia algumas vezes. Nesta variável não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em relação à paridade ($\chi^2=.13$, $p=.77$). Quando questionados “fala com a barriga”, 51.4% dos participantes primíparos responderam ‘sempre’ e 48.6% responderam ‘algumas vezes’. 42.3% dos participantes múltiparos responderam ‘sempre’ e 57,7% ‘algumas vezes’. Assim, não se verificaram diferenças entre os grupos em relação a estas variáveis ($\chi^2=.50$, $p=.61$).

No que concerne à leitura sobre temas da gravidez/parentalidade, 65.7% dos participantes primíparos revelaram que costuma fazê-lo e 34.3% não o fazem. Os participantes múltiparos revelaram que costumavam ler (69.2%) e 30.8% não costumam. Nesta variável não se verificaram diferenças significativas entre primíparos e múltiparos ($\chi^2=.08$, $p=1.0$).

O acompanhamento da companheira nas consultas é referido por 82.9% dos participantes primíparos e 17.1% referiram que não acompanham. Os participantes múltiparos que acompanham a companheira nas consultas constituem 96.2% da amostra e 3,8% não acompanha. Também nesta variável não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em função da paridade ($\chi^2=2.60$, $p=.22$).

O apoio da família é apontado por 88.6% dos participantes primíparos (apoiado sempre) e 11.4% sente pouco apoiado pela família. 73.1% dos participantes múltiparos referem serem apoiados sempre e 26.9% referem sentir pouco apoio da família. Neste sentido, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em relação às variáveis ($\chi^2=2.41$, $p=.18$). Quanto ao apoio da mãe do bebé é sentido por todos os participantes, quer primíparos (100%) quer múltiparos (100%). Estes referem sentirem-se sempre apoiados.

A presença em alguma ecografia é apontada por 88.6% dos participantes primíparos e 11.4% não estiveram presentes em alguma ecografia. Os participantes múltiparos que estiveram presentes em alguma ecografia corresponde a 96.2% e os que não assistiram

correspondem a 3.8%. Deste modo, não se verificaram diferenças significativas nestas variáveis ($\chi^2=1.14$, $p=.38$).

Relativamente ao desejo de estar presente no momento do parto, 77.1% dos participantes primíparos responderam que sim, enquanto 22.9% não têm essa intenção. Os participantes múltiparos que responderam que gostariam de estar presentes no momento do parto corresponde a 53.8% e 46.2% não pretendem estar presentes. Assim sendo, não se verificaram diferenças significativas entre os grupos nesta variável ($\chi^2=3.67$, $p=.10$).

Quadro 6: Caracterização de dados acerca da gravidez/parentalidade das subamostras: participantes primíparos e múltiparos (N=61)

Variáveis acerca da gravidez/parentalidade	Primíparos (n=35)		Múltiparos (n=26)		t/ χ^2	p
	N	%	n	%		
Tempo de gestação da companheira categorizado					3,99	0,77
4-24 semanas	10	28,6	9	34,6		
24-31 semanas	15	42,9	5	19,2		
Mais de 32 semanas	10	28,6	12	46,2		
Quando tomou conhecimento da gravidez					3,99	0,07
4-5 semanas	25	71,4	12	46,2		
A partir das 6 semanas	10	28,6	14	53,8		
Gravidez planeada					3,53	0,10
Sim	31	88,6	18	69,2		
Não	4	11,4	8	30,8		
Planeava ter filhos					0,76	1,0
Sim	34	97,1	26	100		
Não	1	2,9	0	0,0		
A gravidez da companheira é de risco					0,33	0,75
Sim	6	17,1	6	23,1		
Não	29	82,9	20	76,9		
História de aborto anterior					3,50	0,08
Sim	6	17,1	10	38,5		
Não	29	82,9	16	61,5		
Preferência pelo sexo do bebé					0,02	1,0
Sim	14	40,0	10	38,5		
Não	21	60,0	16	61,5		
Preferência assinalada					0,10	1,0
Menino	12	85,7	9	90,0		
Menina	2	14,3	1	10,0		
Tem conhecimento do sexo bebé					0,03	1,0
Sim	29	82,9	22	84,6		
Não	6	17,1	4	15,4		
Qual sexo bebé					3,06	0,10
Menino	19	65,5	9	40,9		
Menina	10	34,5	13	59,1		

Quadro 6: Caracterização de dados acerca da gravidez/parentalidade das subamostras: participantes primíparos e múltiparos (N=61) (continuação)

Variáveis acerca da gravidez/parentalidade	Primíparos (n=35)		Múltiparos (n=26)		t/ χ^2	p
	n	%	n	%		
Preocupação com a gravidez					1,31	0,31
Nada-um pouco	20	57,1	11	42,3		
Bastante-muito-demasiado	15	42,9	15	57,7		
Já Sentiu o bebê mexer					0,95	0,26
Sim	26	74,3	22	84,6		
Não	9	25,7	4	15,4		
Acaricia a barriga					0,13	0,77
Frequentemente	27	77,1	19	73,1		
Algumas vezes	8	22,9	7	26,9		
“Fala com a barriga”					0,50	0,61
Sempre	18	51,4	11	42,3		
Algumas vezes	17	48,6	15	57,7		
Lê sobre gravidez e/ou parentalidade					0,08	1,0
Costuma ler	23	65,7	18	69,2		
Não costuma ler	12	34,3	8	30,8		
Acompanha a companheira nas consultas					2,60	0,22
Não acompanha	6	17,1	1	3,8		
Acompanha	29	82,9	25	96,2		
Sente apoio da família					2,41	0,18
Pouco apoiado	4	11,4	7	26,9		
Apoiado sempre	31	88,6	19	73,1		
Sente apoio da mãe bebê					-	-
Sempre apoiado	35	100	26	100		
Esteve presente em alguma ecografia					1,14	0,38
Sim	31	88,6	25	96,2		
Não	4	11,4	1	3,8		
Gostaria de estar presente no parto					3,67	0,10
Sim	27	77,1	14	53,8		
Não	8	22,9	12	46,2		

Na caracterização de dados acerca da gravidez/parentalidade da amostra primípara e múltipara, verificaram-se diferenças entre os grupos nas variáveis tempo de gestação em que tomou conhecimento da descobriu a gravidez e história de aborto. Deste modo, os participantes primíparos descobriram a gravidez com menos tempo de gestação e apresentam uma menor percentagem de história de aborto que os participantes múltiparos. De seguida serão apresentadas as medidas de avaliação utilizadas neste estudo.

3.5. Material e instrumentos

Foram administrados três instrumentos: *Antenatal Emotional Attachment Scale* (AEAS) (Condon, 1993; adaptado para a população portuguesa por Camarneiro & Justo, 2007), *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) (STAI-T/E Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983; adaptado para a população portuguesa por Silva, 2003) e o *Relationship Questionnaire* (RQ) (RQ-Figueiredo, Diego, Hernandez-Rief, Deeds & Ascencio, 2008). Para complementar a recolha de dados demográficos e relativos à gravidez e parentalidade elaborou-se um questionário de dados sociodemográficos e clínicos e um conjunto de questões dos conhecimentos sobre a gravidez com vista a dar resposta a futuras análises exploratórias.

3.5.1. Questionário de dados sociodemográficos, dados clínicos e acerca da gravidez/parentalidade

O questionário sociodemográfico foi especificamente desenhado para a recolha de dados sociodemográficos e clínicos acerca dos participantes no estudo. As questões são de escolha múltipla e resposta direta breve e abordam características como: idade, estado civil, tempo de relacionamento com o companheiro, área de residência, habilitações literárias, profissão, estatuto profissional, nível socioeconómico, constituição do agregado familiar. Relativamente aos dados clínicos, o questionário permitiu recolher informação acerca de variáveis clínicas, como condição atual em termos psiquiátricos e médicos (doenças médicas, história de acompanhamento psicológico/psiquiátrico, medicação). Por último, a terceira parte do questionário possibilitou a recolha de informação acerca de dados relativos à gestação e de conhecimentos acerca da gravidez, como, tempo de gestação, planeamento e desejo da gravidez, aceitação inicial da gravidez, número de filhos projetados pelo pai e pelo casal, paridade (primíparo ou múltiparo), história de gravidez de risco; acompanhamento da gravidez, acompanhamento conjugal na gravidez, tempo até engravidar, número de ecografias realizadas, número de ecografias em que o pai esteve presente; conhecimento do sexo do bebé; frequência e intensidade com que sente os movimentos do bebé. Por fim os conhecimentos que o homem tem acerca do período gravídico foram analisados através de questões (13 itens de resposta múltipla), cujas temáticas dizem respeito a cuidados pré-natais, como os sinais de uma possível gravidez, qual a finalidade das ecografias realizadas ao longo da gravidez, as mudanças que este período implica tanto a nível físico como psicológico da gestante (mudanças no homem, mudanças ao nível conjugal, implicações ao nível sexual,

funções do cordão umbilical e a importância da placenta para o bebê), das fases da gravidez e do desenvolvimento do bebê ao longo da gravidez.

3.5.2. Antenatal Emotional Attachment Scale (AEAS Condon, 1993; adaptado para a população portuguesa por Camarneiro & Justo, 2007)

A escala de vinculação pré-natal permite avaliar a vinculação dos pais ao feto. Este instrumento foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Camarneiro e Justo (2007) e é constituído por duas escalas: a escala materna composta por 19 itens e a escala paterna composta por 16 itens. Para este estudo utilizou-se a escala paterna – *Paternal Antenatal Attachment Scale* – PAAS (Escala de Vinculação Pré-Natal Paterna - EVPNP). Embora as duas subescalas demonstrem os sentimentos, atitudes e comportamentos dirigidos ao feto, ambas as escalas representam duas dimensões distintas, *a qualidade da vinculação e a intensidade da vinculação* (Condon, 1993; cit. in Rodrigues, 2009). A *qualidade da vinculação* refere-se à qualidade das experiências afetivas e abrangendo sentimentos positivos de proximidade, ternura, prazer na interação, tensão perante a fantasia da perda do bebê e conceptualização do feto como uma pessoa segura. A *intensidade da vinculação* diz respeito à força e a intensidade da preocupação com o feto, incluindo a quantidade de tempo passado a pensar, falar sobre, sonhar sobre ou palpar o feto, bem como a intensidade dos sentimentos que acompanham estas experiências (Gomez & Leal, 2007; Rodrigues, 2009). Deste modo, a vinculação total corresponde à amplitude de concordância entre o que o pai descreve de si e dos seus comportamentos face ao bebê (Mendes, 2002).

Para ambas as subescalas, cada afirmação tem cinco opções de resposta com pontuação crescente de 1 a 5 (itens 2, 4, 9, 10, 11 e 14), ou ordem inversa de 5 a 1 (itens 1, 3, 5, 6, 7, 8, 12, 13, 15 e 16). Os somatórios dos respetivos itens constituem os totais de cada escala. As notas mais elevadas indicam um estilo de vinculação mais positivo. Ambas as escalas estão adaptadas para os pais com e sem filhos anteriores. O tempo despendido para o preenchimento deste instrumento é de aproximadamente cinco minutos (Gomez & Leal, 2007).

A Escala de Vinculação Pré-Natal Paterna apresenta os seguintes itens para a dimensão Qualidade da Vinculação Paterna (QVP): (1), 2, (3), (7), 9, 11, 12 e 16, perante a análise conteúdo, os autores sugerem que o item 12 seja invertido. Relativamente à dimensão Tempo Despendido no Modo de Vinculação ou Intensidade da Preocupação Paterna (IPP) os itens são os seguintes: 4, (5), (8), 10, 14 e (15). Os itens 6 e 13 não são tidos em conta em nenhuma das dimensões devido à baixa correlação, sendo incluídos apenas no valor global da

escala de modo invertido. É de ressaltar que os itens entre parêntesis das duas subescalas devem ser invertidos (Condon,1993; Carmaneiro, 2011).

Para a validação deste instrumento Carmaneiro e Justo (2010) recolheram uma amostra de 212 casais (424 sujeitos) que se encontravam no 2º trimestre de gravidez. Este estudo revelou uma consistência interna razoável com um valor de *alfa de Cronbach* de .73 para a dimensão qualidade de vinculação e de .69 para a subescala intensidade de preocupação. Carmaneiro e Justo (2010) organizaram a dimensão qualidade de vinculação paterna em nove itens: 2, 3, 6, 7, 8, 9, 11, 12 e 13, e a dimensão intensidade de preocupação ou tempo despendido no modo de vinculação, em seis itens: 1, 4, 5, 10, 14 e 15. A versão portuguesa deste instrumento revela bons indicadores de consistência interna e de estabilidade teste-reteste em ambas as escalas, o que demonstra serem consideradas medidas fidedignas e válidas da vinculação pré-natal. A escala total obteve um *alfa de Cronbach* de .81.

3.5.2.1. Características psicométricas da AEAS na amostra em estudo

A análise das características psicométricas deste instrumento na presente amostra incidiu no estudo da fidelidade interna. Na avaliação da consistência interna, tal como efetuado pelos autores da escala original, foi calculado o *alfa de Cronbach* para a escala total e para as subescalas qualidade da vinculação e intensidade da preocupação. No quadro 7 são apresentados respetivamente os coeficientes de consistência interna da subescala qualidade da vinculação, da subescala intensidade da preocupação e da escala total da AEAS. Se fossem eliminados alguns itens aumentaria ligeiramente o *alfa de Cronbach*, no entanto, considerou-se não se justificar a eliminação dos itens. No quadro 7 são apresentados os coeficientes de consistência interna da subescala qualidade de vinculação. Na subescala qualidade de vinculação obteve-se um *alfa de Cronbach* de .52 inferior ao do estudo original (.73). No entanto, considera-se um valor aceitável atendendo ao número de itens da escala total.

Quadro 7: Resultados da análise de consistência interna da subescala qualidade da vinculação (N=61)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
1. Nas duas últimas semanas, tenho pensado no bebé em desenvolvimento ou tenho-me sentido preocupado com ele	.03	.62
2. Nas duas últimas semanas, ao falar ou ao pensar no bebé em desenvolvimento, tive sentimentos e emoções que foram	.40	.41

Quadro 7: Resultados da análise de consistência interna da subescala qualidade da vinculação (N=61) (continuação)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
3. Nas duas últimas semanas, os meus sentimentos para com o bebê em desenvolvimento, têm sido	.44	.42
7. Nas duas últimas semanas, quando penso no bebê em desenvolvimento, os meus pensamentos	.26	.48
9. Nas duas últimas semanas, quando penso no bebê em desenvolvimento, os meus sentimentos são	.39	.44
11. Nas duas últimas semanas, tenho-me sentido	.34	.44
12. Quando vir o bebê pela primeira vez depois de nascer, espero sentir	.26	.50
16. Se a gravidez se perdesse neste momento (espontaneamente ou devido a qualquer acidente) sem disso resultar dor ou lesão para a minha mulher, penso que iria sentir-me	.06	.54
α de Cronbach .52		

A subescala Intensidade de Preocupação obteve um *alfa de Cronbach* de .62 no estudo da consistência interna, o que demonstra uma consistência interna aceitável. Estes resultados revelaram um *alfa de Cronbach* muito próximo do *alfa* da validação do instrumento da vinculação pré-natal (.69) (quadro 8).

Quadro 8: Resultados da análise de consistência interna da subescala intensidade da preocupação (N=61)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
4. Nas duas últimas semanas, tenho sentido o desejo de ler ou obter informação acerca do bebê em desenvolvimento. Este desejo é	.57	.49
5. Nas duas últimas semanas, tenho tentado imaginar qual será a aparência real do bebê em desenvolvimento no útero da minha mulher	.24	.62
8. Nas duas últimas semanas, as minhas ideias acerca dos nomes possíveis para o bebê têm sido	.13	.65
10. Nas duas últimas semanas, tenho pensado em que tipo de criança o bebê se vai tornar	.33	.59
14. Nas duas últimas semanas, tenho sonhado com a gravidez ou com o bebê	.56	.50

Quadro 8: Resultados da análise de consistência interna da subescala intensidade da preocupação (N=61) (continuação)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
15. Nas duas últimas semanas, dei por mim a sentir ou a acariciar com a minha mão a barriga da minha mulher no sítio onde o bebé se encontra	.36	.57
α de Cronbach .62		

Os resultados indicam assim, uma aceitável fidelidade da escala de vinculação pré-natal na presente amostra, assegurando a sua utilização com segurança.

3.5.3. *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI-T/E Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983; adaptado para a população portuguesa por Silva, 2003)

Este instrumento permite avaliar a sintomatologia ansiosa dos participantes. A composição deste instrumento inclui duas subescalas de autorrelato, que podem ser administradas de forma independente: ansiedade estado e ansiedade traço. Cada escala é constituída por 20 itens, cotados numa escala tipo *licket* variando entre 1 e 4, no qual o indivíduo terá que descrever o modo como este se sente num momento temporal importante, no passado recente, ou como antecipa o modo como se irá sentir relativamente a uma variedade de situações hipotéticas futuras. Para a subescala Ansiedade-Estado, o indivíduo tem como opções de resposta: 1=“Não”, 2=“Um pouco”, 3=“Moderadamente”, 4=“Muito”. Na subescala Ansiedade-Traço, o indivíduo tem como opções de resposta: 1=“Quase nunca”, 2=“Algumas vezes”, 3=“Frequentemente”, 4=“Quase sempre” (Cardoso, 2010). O somatório de todos os itens de cada subescala permitirá uma cotação mínima de 20 e máxima de 80 (Silva, 2003). Quanto mais elevada for a cotação obtida pelo indivíduo em cada subescala, mais elevados serão os níveis de sintomatologia ansiosa manifestados (Silva, 2003).

Os estudos para a validação deste instrumento para a população portuguesa foram diversos. No entanto, os estudos mais recentes foram concretizados por Silva, Silva, Rodrigues e Luís (2000). Estes autores realizaram o último estudo de validação deste instrumento recrutando 1000 indivíduos de ambos os sexos (193 mulheres e 807 homens), com idades entre os 17 e os 33 anos. O estudo da consistência interna revelou um *alfa de Cronbach* de .91 e de .93 para escala de ansiedade estado, em mulheres e homens, respetivamente e de .89 para a escala de ansiedade traço em ambos os sexos. Relativamente à correlação item-total corrigido as escalas de ansiedade indicam valores que variam entre .35 e

.70 para o sexo masculino e de .37 e .71 no sexo feminino. Em função ainda do gênero, os autores referem que a escala ansiedade traço os valores oscilaram entre .36 e .66 no sexo masculino e de .31 e .72 no sexo feminino. Perante estes resultados, os autores puderam apresentar as boas qualidades psicométricas da escala.

3.5.3.1. Características psicométricas do STAI-T/E na amostra em estudo

Nos quadros 9 e 10 são apresentados respetivamente os coeficientes de consistência interna da subescala ansiedade estado, da subescala ansiedade traço. A subescala ansiedade estado obteve um *alfa de Cronbach* de .88 (Quadro 9).

Quadro 9: Resultados da análise de consistência interna da subescala ansiedade estado (N=61)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
1. Sinto-me calmo	.68	.87
2. Sinto-me seguro	.59	.87
3. Estou tenso	.47	.87
4. Sinto-me com "culpas"	.26	.88
5. Sinto-me à vontade	.42	.88
6. Sinto-me aborrecido	.59	.87
7. Sinto-me presentemente preocupado com possíveis contratempos	.56	.87
8. Sinto-me descansado	.51	.87
9. Sinto-me ansioso	.32	.88
10. Sinto-me confortável	.63	.87
11. Sinto-me com confiança em mim próprio	.38	.88
12. Sinto-me nervoso	.46	.87
13. Sinto-me uma pilha de nervos	.50	.87
14. Sinto-me prestes a rebentar	.47	.87
15. Estou descontraído	.73	.86
16. Sinto-me contente	.53	.87
17. Estou preocupado	.59	.87
18. Sinto-me muito excitado e aturdido	.20	.88
19. Sinto-me alegre	.43	.87
20. Sinto-me bem disposto	.52	.87
α de Cronbach .88		

Na subescala ansiedade traço o valor de *alfa de Cronbach* obtido foi de .82 (quadro 10).

Quadro 10: Resultados da análise de consistência interna da subescala ansiedade traço (N=61)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
21. Sinto-me bem disposto	.73	.79
22. Canso-me com facilidade	.09	.82
23. Apetece-me chorar	-.29	.83
24. Gostava de poder ser tão feliz como os outros parecem ser	.36	.81
25. Perco oportunidades pois não consigo decidir com rapidez	.45	.81
26. Sinto-me descansado	.72	.79
27. Sou “calmo, indiferente e sereno”	.52	.80
28. Sinto que as dificuldades se amontoam de maneira que não consigo ultrapassá-las	.59	.80
29. Inquieto-me com coisas que na realidade não têm importância	.53	.81
30. Sou feliz	.51	.80
31. Levo as coisas muito a sério	-.10	.84
32. Tenho falta de confiança em mim próprio	.28	.81
33. Sinto-me seguro	.73	.79
34. Tento evitar fazer frente a uma crise ou dificuldade	-.03	.84
35. Sinto-me “neura”	.31	.81
36. Estou satisfeito	.67	.80
37. Alguns pensamentos sem importância passam pela minha cabeça e aborrecem-me	.50	.80
38. Tomo as contrariedades tão a sério que não consigo deixar de pensar nelas	.52	.80
39. Sou uma pessoa imperturbável	.16	.82
40. Quando penso nos assuntos que tenho entre mãos fico tenso e a “ferver por dentro”	.55	.80
α de Cronbach .82		

Pela análise da consistência interna das subescalas de ansiedade estado e ansiedade traço obtive-se *alfas de Cronbach* próximos do estudo original, o que revela uma boa consistência interna. Deste modo, pode-se concluir que o instrumento apresenta uma boa fidelidade e pode ser utilizado com segurança na amostra em estudo.

3.5.4. *Relationship Questionnaire* (RQ – Figueiredo, Diego, Hernandez-Rief, Deeds & Ascencio, 2008)

A utilização deste instrumento de autorrelato permite aceder aos aspetos positivos e negativos da relação conjugal. Este questionário compreende 12 itens cotados numa escala tipo *lickert* que varia entre 1 e 4. As dimensões positivas são avaliadas pela subescala positiva de relacionamento (8 itens) e incluem perceção de suporte e cuidados, afeto, proximidade, partilha de interesses e atividades em comum. As dimensões negativas são avaliadas subescala negativa de relacionamento (4 itens) e compreendem ansiedade, irritabilidade e criticismo que estão associados a resultados indesejáveis (Cardoso, 2010). Resultados elevados na subescala de relacionamento positivo indicam que os aspetos positivos na relação estão mais presentes, enquanto que resultados elevados na subescala de relacionamento negativo revela que os aspetos negativos do relacionamento prevalecem. Um resultado mais elevado na escala total reflete um melhor relacionamento com o parceiro (Cardoso, 2010).

O instrumento demonstra boa consistência interna (valor de *Alfa de Cronbach* de .79 para a escala total, .90 para a subescala positiva e .72 para a subescala negativa) e fidelidade *test-retest* ($r=0.74$ na escala total) (Figueiredo et al., 2008). Um estudo longitudinal com uma amostra de 260 casais portugueses realizado por Cardoso (2010) revelou um *alfa de Cronbach* de .80 para a subescala de relacionamento conjugal positivo no primeiro trimestre, de .80 no segundo trimestre, .82 no terceiro trimestre, de .81 no parto, .80 três meses após o parto e .81 vinte e quatro meses após o parto. No que diz respeito à subescala de relacionamento conjugal negativo o *alfa de Cronbach* obtido foi de .80 no primeiro trimestre e no segundo trimestre, .82 no terceiro trimestre, .81 no momento do parto e após 24 meses e de .80 após três meses.

3.5.4.1. Características psicométricas do RQ na amostra em estudo

A análise das características psicométricas deste instrumento no presente estudo incidiu na análise da consistência interna. Os quadros 13, 14 e 15 apresentam respetivamente os coeficientes de consistência interna da subescala relacionamento positivo e da subescala relacionamento negativo. Na análise das correlações dos itens da subescala relacionamento positivo obteve-se um *alfa de Cronbach* de .87 (Quadro 11).

Quadro 11: Resultados da análise de consistência interna da subescala relacionamento conjugal positivo (N=61)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
1. Compartilha com a sua parceira atividades que são de interesse de ambos?	.68	.85
2. Quando precisa de ajuda a sua parceira ajuda-o, como gostaria que ela o ajudasse?	.64	.85
3. A sua parceira está sempre do seu lado?	.67	.85
4. Você e a sua parceira demonstram afeto um ao outro?	.73	.85
6. A sua parceira cuida de si e preocupa-se consigo?	.70	.85
7. Você e a sua parceira divertem-se quando estão juntos?	.53	.86
8. Quando algo não corre bem, a sua parceira dá-lhe apoio?	.72	.84
9. Conta tudo à sua parceira?	.47	.88
α de Cronbach .87		

Na subescala qualidade do relacionamento conjugal negativo obteve-se um *alfa de Cronbach* de .49 (quadro 12). Apesar da eliminação do item 10 garantir a elevação da fidelidade desta escala, neste estudo optamos por não o fazer para manter a integridade dos itens do instrumento.

Quadro 12: Resultados da análise de consistência interna da subescala relacionamento conjugal negativo (N=61)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
5. Discute com a sua parceira?	.40	.33
10. Sente-se aborrecido quando a sua parceira está longe de si?	.01	.62
11. Você e a sua parceira ficam irritados um com o outro?	.53	.19
12. A sua parceira geralmente critica-o?	.28	.45
α de Cronbach .49		

O coeficiente *alfa de Cronbach* para a escala total da qualidade de relacionamento conjugal foi de .54 (quadro 13), revelando uma consistência interna aceitável.

Quadro 13: Resultados da análise de consistência interna do relacionamento conjugal total da amostra total (N=61)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
1. Compartilha com a sua parceira atividades que são de interesse de ambos?	.60	.43
2. Quando precisa de ajuda a sua parceira ajuda-o, como gostaria que ela o ajudasse?	.57	.44
3. A sua parceira está sempre do seu lado?	.44	.48
4. Você e a sua parceira demonstram afeto um ao outro?	.64	.45
5. Discute com a sua parceira?	-.19	.62
6. A sua parceira cuida de si e preocupa-se consigo?	.46	.47
7. Você e a sua parceira divertem-se quando estão juntos?	.33	.50
8. Quando algo não corre bem, a sua parceira dá-lhe apoio?	.54	.45
9. Conta tudo à sua parceira?	.30	.50
10. Sente-se aborrecido quando a sua parceira está longe de si?	.23	.52
11. Você e a sua parceira ficam irritados um com o outro?	-.15	.61
12. A sua parceira geralmente critica-o?	-.30	.69
<i>α</i> de Cronbach .54		

A análise da consistência interna das subescalas da qualidade de relacionamento conjugal da escala total obteve *alfas de Cronbach* próximos do estudo original, embora o *alfa* da escala de relacionamento conjugal negativo se encontre inferior. Assim, podemos concluir que se encontra assegurada a fidelidade do instrumento e pode ser utilizado na amostra em estudo.

3.6. Procedimentos de análise dos dados

Após a recolha dos dados junto dos participantes, estes foram inseridos numa base de dados e processados pelo programa estatístico IBM® SPSS® (IBM – *Statistical Package for the Social Sciences* – versão 19.0).

Antes de se dar início à análise dos dados foi realizado um estudo de normalidade e homogeneidade dos dados dos diferentes instrumentos utilizados através do teste de *kolmogorov-Smirnov/Shapiro Wilk* e dos índices de *Kurtose* e assimetria. Atendendo aos resultados, ao tamanho da amostra total e de cada grupo analisado, foram utilizados testes paramétricos sempre que se cumpriram os pressupostos subjacentes, e testes não paramétricos quando estes pressupostos eram violados.

Para a análise das características sociodemográficas, clínicas e dos dados acerca da gravidez/parentalidade foram usados os testes de estatística descritiva, análises de distribuições e frequências. No estudo das diferenças existentes entre grupos (participantes primíparos e múltiparos), de acordo com as variáveis consideradas relevantes para a caracterização da amostra e consoante o tamanho do grupo, foram realizados testes de *t* para amostras independentes (variáveis intervalares e contínuas) e teste de *Qui-Quadrado* (variáveis nominais).

Na análise dos resultados nas diferentes variáveis estudadas e na comparação dos grupos por paridade, recorreu-se a procedimentos estatísticos variados. Nas variáveis que não violaram os pressupostos paramétricos utilizou-se o *test t para amostras independentes* e para as variáveis que violaram os pressupostos paramétricos utilizou-se o *test U Mann-Whitney*. Foram ainda efetuados cálculos de coeficientes de correlação de *Spearman's Rho* para estudar a associação entre as variáveis.

Nas análises exploratórias para investigar a variação dos resultados em função das variáveis sociodemográficas, clínicas e acerca da gravidez/parentalidade, foram utilizados testes não paramétricos *U Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*.

Neste estudo, o valor de significância adotado foi $p < .05$. Considerou-se tendência de significância um valor de $p < .10$.

4. Apresentação dos resultados

Neste ponto serão apresentados os resultados das análises estatísticas efetuadas, sendo salientados os resultados mais relevantes e com maiores implicações para este estudo. Os dados foram organizados de forma a dar resposta aos objetivos do estudo. Inicialmente serão apresentados os resultados descritivos obtidos nos diferentes questionários e posteriormente os resultados dos testes estatísticos. Apresentam-se ainda os resultados obtidos nas análises exploratórias.

4.1. Resultados descritivos na amostra total

Seguidamente são expostos os resultados descritivos relativos à vinculação pré-natal, relacionamento conjugal e ansiedade na amostra total. Posteriormente, apresenta-se um *ranking* das percentagens relativas aos conhecimentos acerca da gravidez/parentalidade, representativa da amostra total.

4.1.1. Vinculação pré-natal paterna

No que concerne aos resultados descritivos na escala de vinculação pré-natal paterna na amostra total (quadro 14), verificou-se uma média é de 64,2 (DP=5,99), sendo a resposta mínima encontrada de 51 e a máxima de 80. Na subescala qualidade da vinculação a média obtida nesta amostra é de 35,74 (DP=2,42), variando a resposta entre um mínimo de 31 a um máximo de 40. Relativamente à subescala intensidade de preocupação a média é de 19,3 (DP=3,87), tendo as respostas variado entre um mínimo de 10 e um máximo de 30. De modo a antever as áreas onde os homens no período de gestação apresentam maior vinculação pré-natal, revelou-se necessária uma análise mais pormenorizada a nível das subescalas da AEAS.

Quadro 14: Resultados descritivos da vinculação pré-natal paterna, subescala qualidade de vinculação e intensidade da preocupação, na amostra total (N=61)

Vinculação Pré-Natal Paterna	M	DP	Mín	Máx
Vinculação Pré-Natal Paterna total	64,21	5,99	51	80
Subescala qualidade da vinculação	35,74	2,42	31	40
Subescala intensidade de preocupação	19,26	3,87	10	30

4.1.2. Ansiedade

O quadro 15 apresenta os resultados descritivos para as subescalas ansiedade estado e ansiedade traço (médias, desvio-padrão, mínimo e máximo).

Quadro 15: Resultados descritivos para a amostra total nas subescalas ansiedade estado e ansiedade traço (N=61)

Subescalas do STAI	M	DP	Mín	Máx
Ansiedade Estado	34,13	8,66	20	53
Ansiedade Traço	39,38	7,25	27	59

Em relação à subescala estado a média é de 34,13 (DP=8,66), variando entre um mínimo de 20 e um máximo de 53. Na subescala traço a média é de 39,38 (DP=7,25), situando-se entre um mínimo de 27 a um máximo de 59.

4.1.3. Qualidade do relacionamento conjugal

O quadro 16 apresenta os resultados descritivos para a subescala total do RQ e para as subescalas relacionamento positivo e relacionamento negativo (média, desvios-padrão, valor mínimo e valor máximo).

Quadro 16: Resultados descritivos das subescalas do relacionamento conjugal na amostra em estudo (N=61)

Qualidade do Relacionamento Conjugal	M	DP	Mín	Máx
Relacionamento Conjugal Positivo	29,05	3,21	15	32
Relacionamento Conjugal Negativo	9,79	1,78	6	16

Através da observação dos resultados verificamos que em relação à subescala relacionamento positivo a média é de 29,05 (DP=3,21), situando-se entre os 15 a 32 pontos. Na subescala qualidade de relacionamento conjugal negativo a média é de 9,79 (DP=1,78), variando entre um mínimo de 6 e um máximo de 16.

4.2. Conhecimentos acerca da gravidez/parentalidade

Os dados referentes aos conhecimentos acerca da gravidez, foram recolhidos na terceira parte do questionário de dados sociodemográficos, clínicos e acerca da gravidez. Estes dados foram recolhidos com o intuito de realizar uma análise qualitativa exploratória acerca dos conhecimentos que os participantes possuíam acerca da gravidez/parentalidade. O quadro 17 mostra as frequências e percentagens de respostas verdadeiras, falsas e de desconhecimento aos itens sobre a gravidez/parentalidade na amostra total.

Quadro 17: Frequências e percentagens de respostas verdadeiras, falsas e de desconhecimento sobre a gravidez/parentalidade na amostra total (N=61)

Conhecimentos acerca da gravidez/parentalidade	Verdadeiro		Falso		Não sei	
	n	%	n	%	n	%
1. Os sinais em qua há suspeita de uma gravidez são:						
a) Falta de menstruação	60	98,4	1	1,6	-	-
b) Náuseas e vômitos	60	98,4	1	1,6	-	-
c) cansaço	41	67,2	8	13,1	12	19,7
d) necessidade de urinar, principalmente durante a noite	38	62,3	10	16,4	13	21,3
e) sensibilidade no peito	51	83,6	5	8,2	5	8,2
f) excessiva salivação	7	11,5	23	37,7	31	50,8
g) mudanças na pele (e.g. borbulhas na face)	19	31,1	18	29,5	24	39,3
h) sensação de movimento no abdómen	16	26,2	27	44,3	18	29,5
i) aumento da temperatura do corpo	18	29,5	16	26,2	27	44,3
2. A gravidez pode implicar:						
a) alterações de humor	58	95,1	1	1,6	2	3,3
b) alterações hormonais	57	93,4	1	1,6	3	4,9
c) irritabilidade emocional	52	85,2	4	6,6	5	8,2
d) sensibilidade emocional	54	88,5	1	1,6	6	9,8
e) ansiedade e medo	40	65,6	4	6,6	17	27,9
3. Os enjoos acontecem predominantemente no 1º trimestre da gravidez	57	93,4	2	3,3	2	3,3
4. Devem evitar-se as relações sexuais durante os primeiros meses de gravidez	9	14,8	51	83,6	1	1,6
5. As grávidas devem tomar:						
a) ácido fólico	49	80,3	4	6,6	7	11,5
b) ferro	48	78,7	3	4,9	10	16,4
c) ácidos gordos	4	6,6	31	50,8	26	42,6
6. Durante a gravidez, a grávida pode praticar atividade física	51	83,6	4	6,6	6	9,8
7. As mulheres que praticam atividade física durante a gravidez têm, geralmente:						
a) um trabalho de parto mais rápido	35	57,4	7	11,5	19	31,1
b) suportam melhor as dores das contrações	35	57,4	8	13,1	18	29,5
c) estão menos expostas à necessidade de intervenções médicas (por exemplo: cesariana)	17	27,9	16	26,2	28	45,9
8. Na última fase da gravidez, o bebé já ouve sons e reage a estímulos externos	51	83,6	5	8,2	5	8,2
9. O estado emocional da grávida (triste ou nervosa) influencia o bebé	57	93,4	1	1,6	3	4,9
10. Na gravidez, alguns tipos de medicamentos da grávida podem afetar o bebé	57	93,4	2	3,3	2	3,3
11. Às 36 semanas de gravidez o bebé pode nascer com segurança	45	73,8	8	13,1	8	13,1

Quadro 17: Frequências e percentagens de respostas verdadeiras, falsas e de desconhecimento sobre a gravidez/parentalidade na amostra total (N=61) (continuação)

Conhecimentos acerca da gravidez/parentalidade	Verdadeiro		Falso		Não sei	
	n	%	n	%	n	%
12. O aumento de peso médio ideal recomendado para uma grávida é de 11.5-16	32	52,5	12	24,6	14	23,0
13. A grávida deve dirigir-se ao hospital quando:						
a) ocorre o rebentamento da bolsa de água	59	96,7	-	-	2	3,3
b) há perda de líquido ensanguentado ou esverdeado	54	88,5	2	3,3	5	8,2
c) há perda de sangue igual ou superior a uma menstruação	56	91,8	-	-	5	8,2

No que diz respeito aos sinais em que há suspeita de uma gravidez, 60 participantes referem que a falta de menstruação (98.4%) e as náuseas e vômitos (98.4%) constituem os principais indicadores de uma gravidez, no entanto, um participante não reconhece estes sinais (1.6%). Posteriormente a estes sinais, 51 participantes consideraram ainda a sensibilidade no peito (83.6%), havendo 5 participantes que não consideram este sinal (8.2%) e 5 participantes que identifica este sinal como correspondendo ao período da gravidez. Seguidamente a estes sinais surge o cansaço, onde 41 participantes identificam este sinal como suspeita de gravidez (67.2), porém 8 participantes não associam o cansaço a este período (13.1%) e 12 participantes não reconhece este sinal (19.7%). Quanto à necessidade de urinar, principalmente durante a noite 38 participantes reconhecem esta necessidade como um sinal da gravidez (62.3%), 10 participantes não consideram um sintoma da gravidez (16.4%) e 13 não reconhecem o sintoma associado à gravidez (21.3%). As mudanças na pele surge logo de seguida à necessidade de urinar com 19 participantes afirmando ser um sinal da gravidez (31.1%), 18 participantes não reconhece o sinal (29.5%) e 24 participantes desconhece que este sintoma esteja associado ao período da gravidez (39.3%). No que concerne ao aumento da temperatura do corpo, 18 participantes referem ser um sinal da gravidez (29.5%), 16 participantes responderam falso (26.2%) e 27 participantes desconhecem este sinal. Relativamente à sensação de movimento no abdómen, 16 participantes consideram o sinal como pertencendo à gravidez (26.2%), 27 participantes não reconhece este sinal da gravidez (44.3%) e 18 participantes não sabem (29.5%). O sinal de gravidez menos enumerado pelos participantes corresponde ao excesso de salivação, 7 responderam verdadeiro (11.5%), 23 participantes responderam falso (37.7%) e 31 participantes responderam não sei (50.8%).

Quando questionados sobre o que a gravidez pode implicar, 58 participantes responderam alterações de humor (95.1%), contudo, 1 participante não considera esta alteração (1.6%) e 2 participantes desconhecem as alterações de humor como associadas à gravidez. As alterações hormonais foram apontadas por 57 participantes (93.4%), 1 participante referiu que estas alterações não são sentidas nas mulheres grávidas e 3 participantes responderam não sei. A sensibilidade emocional é mencionada como implicações da gravidez por 54 participantes (88.5%), 1 participante não associa estas alterações ao período da gravidez (1.6%) e 6 participantes responderam não sei. A irritabilidade emocional é reconhecida por 52 participantes como implicações da gravidez, no entanto, 4 participantes não consideram esta alteração (6.6%) e 5 participantes desconhecem que esta alteração faça parte do período da gravidez (8.2%). A ansiedade e o medo são referenciados por 40 participantes (65.6%), 4 participantes não associam estas alterações à gravidez (6.6%) e 17 participantes não sabem se coincide com a gravidez.

Relativamente aos dos enjoos acontecerem predominantemente no primeiro trimestre da gravidez, 57 participantes concorda com a afirmação (93.4%), 2 participantes discorda (3.3%) e 2 participantes não desconhecem (3.3%).

Quanto às limitações da prática de atividade sexual nos primeiros meses de gravidez, 51 participantes responderam não existirem contraindicações (83.6%) em fazê-lo, 9 participantes concordam que deve ser evitada nesse período (18.8%) e apenas 1 participante refere não saber (1.6%).

A importância da ingestão de ácido fólico ao longo do processo de gravidez pela grávida é reconhecida por 49 participantes (80.3%), 4 participantes referem que não é relevante a ingestão (6.6%) e 7 participantes desconhecem o efeito do ácido fólico na gravidez (11.5%). O ferro é apontado como um nutriente importante na gravidez por 48 participantes (78.7%), 3 participantes consideram não ser importante (4.9%) e 10 participantes não sabe se é fundamental na gravidez (16.4%). Em relação aos ácidos gordos, 4 participantes dizem que as grávidas devem tomar (6.6%), 31 participantes dizem que não (50.8%) e 26 participantes dizem não saber (42.6%).

A atividade física durante a gravidez é defendida por 51 participantes que referem não existirem contraindicações em fazê-lo (83.6%). 4 participantes não considera correto praticar exercícios físicos (6.6%) e 6 participantes não sabem se as grávidas podem ou não fazê-lo.

A influência entre a atividade física praticada durante a gravidez e o trabalho de parto é apontada por 35 participantes. Estes estão de acordo com o trabalho de parto ser mais rápido (57.4%), 7 participantes não concordam (11.5%) e 19 participantes não sabem se existe

relação entre a atividade física e o parto (31.1%). 35 participantes referem que a existe relação entre a atividade física e as contrações, estes revelam que praticar atividade física durante a gravidez geralmente contribui para suportar melhor as dores das contrações (57.4%), 8 participantes negam a associação (13.1%) e 18 participantes não sabem (29.5%). A necessidade de intervenções médicas (cesariana) é menos comum quando as mulheres grávidas praticam exercício físico na gestação é referida por 17 participantes (27.9%), porém 16 participantes contestam a veracidade da afirmação (26.2%) e 28 participantes não sabe se a afirmação é ou não verdadeira (45.9%).

Em relação ao bebê, 51 participantes referem que este na última fase da gravidez ouve sons e reage a estímulos externos (83.6%), 5 participantes dizem que não (8.2%) e 5 participantes diz não saber (8.2%).

O facto estado emocional (triste ou nervosa) da grávida influenciar o bebê, é indicado por 57 participantes (93.4%) 1 participante refere que o estado emocional da grávida não tem influência no bebê (3.3%) e 3 participantes dizem não saber (4.9%).

A interferência de alguns tipos de medicamentos ingeridos pela grávida no bebê é mencionada por 57 participantes (93.4%). 2 participantes revelam que os fármacos ingeridos pela grávida no período da gravidez não afetam o bebê (3.3%) e 2 participantes diz não saber (3.3%).

No que concerne à variável o bebê pode nascer com 36 semanas, 45 participantes referem que é seguro caso aconteça (73.8%), 8 participantes não consideram seguro (13.1%) e 8 participantes referem não saber (13.1%).

O aumento de peso médio ideal recomendado para uma grávida situa-se entre os 11.5 e os 16 kg. 45 participantes referem que sim (73.8%), 8 participantes dizem que não (13.1%) e 8 participantes não sabem (13.1%).

Quanto à variável quando a grávida deve dirigir-se ao hospital, 59 participantes referem que é quando há o rebentamento da bolsa de água (96.7%), porém 2 participantes não sabem se é este o sinal que deve conduzir à maternidade (3.3%). 54 participantes referem que outro sinal em que a grávida se deve dirigir ao hospital corresponde há perda de líquido ensanguentado ou esverdeado (88.5%), 2 participantes referem que este não é sinal para ir à maternidade (3.3%) e 5 participantes diz não saber (8.2%). A perda de sangue igual ou superior a uma menstruação é mencionada por 56 participantes (91.8%) e apenas 5 participantes desconhecem este sinal (8.2%).

Os dados recolhidos neste questionário permitiram verificar que cada vez mais os homens têm particular interesse pelos temas da gravidez e parentalidade devido às consequências que este período acarreta.

Após a análise de conhecimentos acerca da gravidez/parentalidade na amostra total, serão descritos os conhecimentos acerca da gravidez pelos participantes primíparos (quadro 18).

Os resultados referentes aos sinais em que há suspeita de uma gravidez revelam que a falta de menstruação e as náuseas e os vômitos são apontadas pelos participantes (97.1%), no entanto, 2.9% consideram não serem sinais de uma gravidez. De seguida, os participantes apontaram a sensibilidade no peito como sinal da gravidez (82.9%), 11.4% não identificaram este sinal e 5.7% desconhece a associação com o período gestacional. O cansaço é o sinal de suspeita de gravidez apontado por 71.4% dos participantes, 8.6% diz ser falso e 20.0% não sabe. Outro sinal de suspeita de uma gravidez referido por 62.9% é a necessidade de urinar, 14.3% não consideram um sinal da gravidez e 22.9% dos participantes não sabem. As mudanças na pele são referidas por 25.7% dos participantes como sinal de uma gravidez, 34.3% não consideram que é um sinal da gravidez e 40,0% referem não saberem. Quanto ao aumento da temperatura, 25.7% dos participantes refere que ocorre numa gravidez, 25.7% refere que não e 48.6% não sabe se o aumento da temperatura pode ser considerado um sinal da gravidez. Referente à sensação de movimento no abdómen, 22.9% dos participantes consideram um sinal associado ao período da gravidez, 48.6% referem que não faz parte dos sinais de uma gravidez e 28.6% referem que não sabem.

Quadro 18: Frequências e percentagens de respostas verdadeiras, falsas e de desconhecimento sobre a gravidez/parentalidade na amostra de participantes primíparas (n=35)

Conhecimentos acerca da gravidez/parentalidade	Verdadeiro		Falso		Não sei	
	n	%	n	%	n	%
1. Os sinais em qua há suspeita de uma gravidez são:						
a) Falta de menstruação	34	97,1	1	2,9	-	-
b) Náuseas e vômitos	34	97,1	1	2,9	-	-
c) Cansaço	25	71,4	3	8,6	7	20,0
d) necessidade de urinar, principalmente durante a noite	22	62,9	5	14,3	8	22,9
e) sensibilidade no peito	29	82,9	4	11,4	2	5,7
f) excessiva salivação	3	8,6	15	42,9	17	48,6
g) mudanças na pele (e.g. borbulhas na face)	9	25,7	12	34,3	14	40,0
h) sensação de movimento no abdómen	8	22,9	17	48,6	10	28,6
i) aumento da temperatura do corpo	9	25,7	9	25,7	17	48,6
2. A gravidez pode implicar:						
a) alterações de humor	35	100	-	-	-	-
b) alterações hormonais	33	94,3	-	-	2	5,7
a) irritabilidade emocional	34	97,1	-	-	1	2,9
b) sensibilidade emocional	33	94,3	-	-	-	-
c) ansiedade e medo	24	68,6	3	8,6	8	22,9
3. Os enjoos acontecem predominantemente no 1º trimestre da gravidez	32	91,4	2	5,7	1	2,9
4. Devem evitar-se as relações sexuais durante os primeiros meses de gravidez	6	17,1	28	80,0	1	2,9
5. As grávidas devem tomar:						
a) ácido fólico	29	82,9	2	5,7	4	11,4
b) ferro	28	80,0	1	2,9	6	17,1
c) ácidos gordos	1	2,9	16	45,7	18	51,4
6. Durante a gravidez, a grávida pode praticar atividade física	29	82,9	4	11,4	2	5,7
7. As mulheres que praticam atividade física durante a gravidez têm, geralmente:						
a) um trabalho de parto mais rápido	20	57,1	5	14,3	10	28,6
b) suportam melhor as dores das contrações	21	60,0	4	11,4	10	28,6
c) estão menos expostas à necessidade de intervenções médicas (por exemplo: cesariana)	8	22,9	10	28,6	17	48,6
8. Na última fase da gravidez, o bebé já ouve sons e reage a estímulos externos	29	82,9	3	8,6	3	8,6
9. O estado emocional da grávida (triste ou nervosa) influencia o bebé	32	91,4	-	-	3	8,6
10. Na gravidez, alguns tipos de medicamentos da grávida podem afetar o bebé	33	94,3	2	5,7	-	-

Quadro 18: Frequências e percentagens de respostas verdadeiras, falsas e de desconhecimento sobre a gravidez/parentalidade na amostra de participantes primíparas (n=35) (continuação)

Conhecimentos acerca da gravidez/parentalidade	Verdadeiro		Falso		Não sei	
	n	%	n	%	n	%
11. Às 36 semanas de gravidez o bebé pode nascer com segurança	25	71,4	5	14,3	5	14,3
12. O aumento de peso médio ideal recomendado para uma grávida é de 11.5-16 kg	20	57,1	8	22,9	7	20,0
13. A grávida deve dirigir-se ao hospital quando:						
a) ocorre o rebentamento da bolsa de água	34	97,1	-	-	1	2,9
b) há perda de líquido ensanguentado ou esverdeado	30	85,7	2	5,7	3	8,6
c) há perda de sangue igual ou superior a uma menstruação	34	97,1	-	-	1	2,9

No que diz respeito às implicações da gravidez 100% dos participantes referem as alterações de humor. A irritabilidade emocional é apontada por 97.1% dos participantes, embora 2.9% tenham revelado não saber. A sensibilidade emocional é referida por 94.3% dos participantes. As alterações hormonais foram referidas por 94.3% dos participantes, no entanto, 5.7% responderam desconhecer se estas implicações fazem parte da gravidez. No item ansiedade e medo, 68.6% responderam que é uma implicação da gravidez, 18.6% respondeu que não e 22.9% diz não saber.

Os enjoos ao longo da gravidez são reconhecidos por 91.4% dos participantes, 5.7% referem que durante a gravidez não ocorre enjoos e 2.9% diz não saber se ocorre.

As relações sexuais durante a gravidez não devem ser evitadas de acordo com 80.0% dos participantes, para 17.1% estas devem ser evitadas nos primeiros meses de gravidez e 2.9% desconhece se existe ou não contra-indicações em fazê-lo.

De acordo com 82.9% dos participantes as grávidas devem tomar ácido fólico, 5.7% dizem que não e 11.4% desconhece se é importante fazê-lo na gravidez. Quanto ao ferro, 80.9% dos participantes referem que se deve tomar, 2.9% mencionam que não se deve ingerir e 17.1% não sabem. Os ácidos gordos não devem ser ingeridos na gravidez segundo 45.7% dos participantes, 2.9% referem o seu benefício e 51.4% desconhece se existe benefício ou não em ingeri-lo durante a gravidez.

A prática de exercício físico durante a gravidez é aprovada por 82.9% dos participantes, uma contraindicação para 11.4% participantes e 5.7% desconhece as implicações na gravidez.

As mulheres grávidas que praticam atividade física neste período geralmente têm um trabalho de parto mais rápido (57.1% participantes), no entanto, 14.3% participantes não concorda com a afirmação e 28.6% não sabem se existe relação entre as variáveis. 60,0% participantes referem que a pratica regular de atividade física na gravidez contribui para um melhor controle das contrações, 11.4% negam esta afirmação e 28.6% não sabem. A exposição à necessidade de intervenções médicas (cesariana) é mais reduzida em mulheres que praticam atividade física de acordo com 22.9% participantes, 28.6% não concorda com a relação das variáveis e 48.6% desconhecem a relação.

Relativamente à última fase da gravidez, 82.9% dos participantes revelam que o bebê ouve sons e reage a estímulos externos, 8.6% refere que não acontece e 8.6% não sabem.

91.4% dos participantes considera que o estado emocional da grávida (triste ou nervosa) influencia o bebê, porém 8.6% desconhece este facto.

Quanto à medicação na gravidez poder afetar o bebê, 94.3% dos participantes confirmam a interferência de alguns fármacos na gravidez e 5.7% consideram não existir qualquer influência no bebê.

71.4% participantes considera que o bebê pode nascer com segurança às 36 semanas de gravidez, embora 14.5% dos participantes refira que não e 14.5% refira não saber.

No que concerne ao aumento de peso médio ideal recomendado para um grávida, 57.1% dos participantes afirma que este varia entre os 11.5 e os 16 kg, 22.9% dos participantes não concorda e 20.0% diz não saber.

No momento do parto, 97.1% dos participantes referem que a grávida deve dirigir-se ao hospital quando ocorre o rebentamento da bolsa de água e quando há perda de sangue igual ou superior a uma menstruação, contudo, 2.9% desconheça quais os sintomas que alertam para o momento do parto. A perda de líquido ensanguentado ou esverdeado também constitui um sinal de alarme para o momento do parto para 85.7% dos participantes, 5.7% refere não ser um sinal e 8.6% não sabe se este sinal deve conduzir a grávida ao hospital.

No quadro 19 encontram-se os resultados dos participantes múltiparos.

Quadro 19: Frequências e percentagens de respostas verdadeiras, falsas e de desconhecimento sobre a gravidez/parentalidade na amostra de participantes múltiparos (n=26)

Conhecimentos acerca da gravidez/parentalidade	Verdadeiro		Falso		Não sei	
	n	%	n	%	n	%
1. Os sinais em qua há suspeita de uma gravidez são:						
a) Falta de menstruação	26	100	-	-	-	-
b) Náuseas e vômitos	26	100	-	-	-	-
a) Cansaço	16	61,5	5	19,2	5	19,2
b) necessidade de urinar, principalmente durante a noite	16	61,5	5	19,2	5	19,2
c) sensibilidade no peito	22	84,6	1	3,8	3	11,5
d) excessiva salivação	4	15,4	8	30,8	14	53,8
e) mudanças na pele (e.g. borbulhas na face)	10	38,5	6	23,1	10	38,5
h) sensação de movimento no abdómen	8	22,9	10	38,5	8	30,8
g) aumento da temperatura do corpo	9	34,6	7	26,9	10	38,5
2. A gravidez pode implicar:						
a) alterações de humor	23	88,5	1	3,8	2	7,7
b) alterações hormonais	24	92,3	1	3,8	1	3,8
c) irritabilidade emocional	18	69,2	4	15,4	4	15,4
d) sensibilidade emocional	21	80,0	1	3,8	4	15,4
e) ansiedade e medo	16	61,5	1	3,8	9	34,6
3. Os enjoos acontecem predominantemente no 1º trimestre da gravidez	25	96,2	-	-	1	3,8
4. Devem evitar-se as relações sexuais durante os primeiros meses de gravidez	3	11,5	23	88,5	-	-
5. As grávidas devem tomar:						
a) ácido fólico	20	76,9	2	7,7	3	11,5
b) ferro	20	76,9	2	7,7	4	15,4
c) ácidos gordos	3	11,5	15	57,7	8	30,8
6. Durante a gravidez, a grávida pode praticar atividade física	22	84,6	-	-	4	15,4
7. As mulheres que praticam atividade física durante a gravidez têm, geralmente:						
a) um trabalho de parto mais rápido	20	57,1	5	14,3	10	28,6
b) suportam melhor as dores das	14	53,8	4	15,4	8	30,8
c) estão menos expostas à necessidade de intervenções médicas (por exemplo: cesariana)	9	34,6	6	23,1	11	42,3
8. Na última fase da gravidez, o bebé já ouve sons e reage a estímulos externos	22	84,6	2	7,7	2	7,7
9. O estado emocional da grávida (triste ou nervosa) influencia o bebé	25	96,2	1	3,8	-	-
10. Na gravidez, alguns tipos de medicamentos da grávida podem afetar o bebé	24	92,3	-	-	2	7,7
11. Às 36 semanas de gravidez o bebé pode nascer com segurança	20	76,9	3	11,5	3	11,5

Quadro 19: Frequências e percentagens de respostas verdadeiras, falsas e de desconhecimento sobre a gravidez/parentalidade na amostra de participantes múltiparos (n=26) (continuação)

Conhecimentos acerca da gravidez/parentalidade	Verdadeiro		Falso		Não sei	
	n	%	n	%	n	%
12. O aumento de peso médio ideal recomendado para uma grávida é de 11.5-16 kg	12	46,2	7	26,9	7	26,9
13. A grávida deve dirigir-se ao hospital quando:						
a) ocorre o rebentamento da bolsa de água	34	97,1	-	-	1	2,9
b) há perda de líquido ensanguentado ou esverdeado	24	92,3	-	-	2	7,7
c) há perda de sangue igual ou superior a uma menstruação	22	84,6	-	-	4	15,4

Os participantes múltiparos consideram que os principais sinais de uma gravidez são a falta de menstruação e as náuseas e os vômitos (100%). De seguida os participantes apontaram a sensibilidade no peito (84.6%), embora 3.8% considere não ser um sinal da gravidez e 11.5% não sabem. O cansaço e a necessidade de urinar, principalmente durante a noite, são referidos por 61.5% participantes, 19.2% não consideram que sejam sinais associados à suspeita de gravidez e 19.2% não sabem. As mudanças na pele (borbulhas na face) são referidas por 38.5% dos participantes, 23.1% não consideram este sinal e 38.5% desconhece a relação deste sinal com a gravidez. Relativamente ao aumento da temperatura do corpo, 34.6% dos participantes afirma que ocorre na gravidez, 26.9% refere que não ocorre e 38.5% desconhece se este sinal é considerado suspeito de uma gravidez. 22.9% dos participantes consideraram que a sensação de movimento no abdómen constitui um sinal de gravidez, 38.5% não consideram e 30.8% não sabem. Quanto à excessiva salivação 15.4% participantes referem que este sinal é indicativo de uma gravidez, 30.8% dizem que não, 53.8% diz não saber.

As implicações da gravidez mais apontadas pelos participantes referem-se às alterações hormonais (92.3%), no entanto, 3.8% não considera estas alterações e 3.8% desconhece que estas se associem ao período gravídico. As alterações de humor são referidas por 88.5% dos participantes, 3.8% não considera que estas alterações estejam associadas à da gravidez e 7.7% não sabem. 80.0% dos participantes refere que a sensibilidade emocional está relacionada com a gravidez, 3.8% não concorda e 15.4% não sabem. Quanto à irritabilidade emocional, 69.2% dos participantes menciona-a como um sintoma da gravidez, 15.4% não

menciona e 15.4% não sabem. A ansiedade e o medo na perspectiva de 61.5% dos participantes ocorre na gravidez, 3.8% diz não ocorrer e 34.6% não sabem se ocorre.

De acordo com 92.2% dos participantes os enjoos acontecem predominantemente no primeiro trimestre da gravidez, embora 3.8% não saiba se os enjoos ocorrem neste trimestre.

Relativamente às relações sexuais durante os primeiros meses de gravidez, 88.5% dos participantes não encontram inconveniente, porém 11.5% revelam que devem ser evitadas nos primeiros meses.

A toma de ácido fólico durante a gravidez é referida por 76,9% dos participantes, 7.7% referem que não acontece e 11.5% desconhece se as grávidas ingerem este nutriente. A ingestão de ferro pelas grávidas ao longo da gravidez é defendida por 76.9% dos participantes, 7.7% acham que as grávidas não devem ingerir e 15.4% não sabem. 11.5% dos participantes referem que as grávidas devem tomar ácidos gordos, 57.7% referem que não devem tomar e 30.8% não sabem.

A grávida pode praticar atividade física durante a gravidez. 84.6% dos participantes concordam com a afirmação e 15.4% diz não saber.

A prática de exercício físico na gravidez geralmente contribui para um trabalho de parto mais rápido (57.1%), contudo, 14.3% não concordam e 28.6% não sabem se existe relação entre as variáveis. 53.8% dos participantes referem que a pratica de atividade física na gravidez contribui para um melhor controle das contrações, 15.4% negam esta afirmação e 30.8% não sabem. A necessidade de intervenções médicas (cesariana) é mais reduzida em mulheres que praticam atividade física de acordo com 34.6% dos participantes, 23.1% não concorda com a relação das variáveis e 42.3% desconhecem a relação.

Na última fase da gravidez o bebê ouve sons e reage a estímulos externos (84.69% participantes), 7.7% revelam que não acontece e 7.7% não sabem.

O estado emocional da grávida (triste ou nervosa) influencia o bebê (96.2% participantes), no entanto 3.8% refere que o estado emocional da grávida não interfere com o bebê.

No que diz respeito à medicação na gravidez poder afetar o bebê, 92.3% dos participantes revelam a interferência de alguns fármacos na gravidez e 7.7% não sabem.

O bebê pode nascer com segurança às 36 semanas de gravidez (76.9% dos participantes), embora 11.5% dos participantes refira que não e 11.5% refira não saber.

O aumento de peso médio ideal recomendado para um grávida varia entre os 11.5 e os 16 kg para 46.2% dos participantes, 26.9% dos participantes não concorda e 26.9% diz não saber.

No que concerne ao momento do parto, 97.1% dos participantes referem que a grávida deve dirigir-se ao hospital quando ocorre o rebentamento da bolsa de água, e 2.9% desconhece quais os sintomas que alertam para o momento do parto. 92.3% dos participantes referem que a suspeita de parto ocorre quando há perda de líquido ensanguentado ou esverdeado, contudo, 7.7% não sabem. A perda de sangue igual ou superior a uma menstruação constitui um sinal de alarme para o momento do parto para 84.6% dos participantes e 15.4% não sabe se este sinal deve conduzir a grávida ao hospital.

4.3. Comparação de grupos: participantes primíparos e múltiparos

Nesta investigação efetuou-se um estudo de comparação entre os homens primíparos e os múltiparos em relação à vinculação pré-natal, ansiedade e qualidade do relacionamento conjugal.

4.3.1. Vinculação pré-natal paterna

Previamente à comparação de grupos em relação à vinculação pré-natal paterna, procedeu-se ao estudo da normalidade e da homogeneidade das subescalas qualidade de vinculação e intensidade de vinculação nestas subamostras.

O teste de *Kolmogorov-Smirnov* ao nível da subescala qualidade da vinculação revelou que a distribuição desta variável é significativamente diferente da distribuição normal, o que indica que não há normalidade na distribuição (primíparos: $p=0.02$; $p<0.05$; múltiparos: $p=0.74$; $p>0.05$). Não estando cumpridos os critérios para a utilização de testes paramétricos, nesta variável serão utilizados testes não paramétricos. No que concerne à subescala intensidade da vinculação o teste foi significativo, sendo a distribuição da amostra significativamente diferente da distribuição normal (primíparos: $p=0.20$; $p<0.05$; múltiparos: $p=0.39$; $p>0.05$), logo estão violados os pressupostos para estatística paramétrica. Assim, e tendo a análise exploratória dos dados revelado o cumprimento dos pressupostos para a estatística não paramétrica, utilizou-se o teste *U Mann Whitney* para a comparação dos grupos (quadro 20).

Quadro 20: Resultados do teste de *U Mann-Whitney* na comparação de grupos (participantes primíparos e múltiparos) na qualidade de vinculação e intensidade de preocupação (n=61)

Teste <i>U de Mann Whitney</i>				
		<i>Mean Rank</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Qualidade da Vinculação	Primíparos (n=35)	33.27	-1.18	.24
	Múltiparos (n=26)	27.94		

Quadro 20: Resultados do teste de *U Mann-Whitney* na comparação de grupos (participantes primíparos e múltiparos) na qualidade de vinculação e intensidade de preocupação (n=61) (continuação)

		Teste <i>U de Mann Whitney</i>		
		<i>Mean Rank</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Intensidade de Preocupação	Primíparos (n=35)	32.29	-.66	.51
	Múltiparos (n=26)	29.27		

Os resultados do teste *U de Mann Whitney* (quadro 20) na comparação dos grupos na qualidade da vinculação indicam que os participantes múltiparos (*Mean Rank*=27.94) obtiveram um valor de *mean rank* inferior em comparação com os primíparos (*Mean Rank*=33.27). No entanto, esta diferença não revela significância estatística ($Z=-1.18$, $p=.24$). No que diz respeito à intensidade da vinculação (quadro 23) o teste de *U Mann Whitney* demonstrou que os homens primíparos (*Mean Rank*=32.29) apresentam um valor de *mean rank* superior aos múltiparos (*Mean Rank*=29,27), não se verificando também significância estatística ($Z=-.66$; $p=.51$) nesta variável.

4.3.2. Ansiedade

Previamente à comparação de grupos na variável ansiedade procedeu-se ao estudo da normalidade e da homogeneidade das subescalas ansiedade-traço e da subescala ansiedade-estado. Através do teste *Kolmogorov-Smirnov* verificámos que ao nível da subescala ansiedade estado, esta variável é significativamente diferente da distribuição normal, o que indica que não há normalidade na distribuição, logo encontram-se violados os pressupostos da análise paramétrica (primíparos: $p=0.03$; $p<0.05$; múltiparos: $p=0.35$; $p>0.05$). Não estando cumpridos os critérios para a utilização de testes paramétricos, neste estudo serão utilizados testes não paramétricos. No que concerne à subescala ansiedade traço o teste não é significativo, a distribuição da amostra não é significativo diferente da distribuição normal (primíparos: $p=0.20$; $p>0.05$; múltiparos: $p=0.27$; $p>0.05$), logo o primeiro pressuposto de análise paramétrica está cumprido. Seguidamente serão analisados os valores do *Skewness* e *Kurtosis* e verificámos que os valores se encontram entre -1 e 1, desta forma a distribuição da amostra é normal. Ao analisámos o teste de *Levene* é possível verificar que o teste não é significativo. Assim, e tendo a análise exploratória dos dados revelado o cumprimento dos pressupostos para a estatística paramétrica, procedeu-se à análise das diferenças ao nível dos participantes primíparos e múltiparos e das subescalas de ansiedade, através do teste *U de Mann Whitney* e do teste *t para amostras independentes*.

Inicialmente procedeu-se à comparação de grupos na subescala ansiedade-estado, e visto que a análise da normalidade não cumpriu os pressupostos para análise paramétrica, utilizamos o teste *U de Mann Whitney*. Os resultados do teste *U de Mann Whitney* (quadro 21) na comparação dos grupos na ansiedade estado indicam que os múltiparos (Mean Rank=32.33) obtiveram um valor de *mean rank* mais elevado do que primíparos (Mean Rank=30.01), no entanto esta diferença não revela significância estatística ($Z=-.50$; $p=.61$).

Quadro 21: Resultados do teste *U de Mann Whitney* na comparação de grupos (participantes primíparos e múltiparos) na ansiedade estado (n=61)

Teste <i>U de Mann Whitney</i>				
		Mean Rank	Z	p
Ansiedade Estado	Primíparos (n=35)	30.01	-.50	.61
	Múltiparos (n=26)	32.33		

Em relação à subescala ansiedade traço, utilizamos o teste *t* para amostras independentes para compararmos os grupos. Assim, o teste *t* para amostras independentes (quadro 22) de comparação de médias da ansiedade traço entre os homens primíparos e os múltiparos, revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (primíparos: $M=30.20$, $DP=4.02$; múltiparos: $M=31.66$, $DP=4.52$, $t=-.88$, $p=.38$; $p>0.05$).

Quadro 22: Resultados do teste *t* para amostras independentes na comparação de grupos (participantes primíparos e múltiparos) na ansiedade traço (n=61)

Teste <i>t</i> para amostras independentes					
		Média	Desvio Padrão	Teste t	p
Ansiedade Traço	Primíparos (n=35)	38.62	5.66	-.88	.38
	Múltiparos (n=26)	40.38	8.94		

4.3.3. Qualidade do Relacionamento Conjugal

Inicialmente procedeu-se ao estudo da normalidade e da homogeneidade da subescalas do relacionamento conjugal positivo e a subescala do relacionamento conjugal negativo.

Através do teste de Kolmogorov-Smirnov verificámos que ao nível da subescala relacionamento positivo a distribuição é significativamente diferente da distribuição normal, o que indica que não há normalidade na distribuição, logo encontram-se violados os pressupostos da análise paramétrica (primíparos: $p=0.00$; $p<0.05$; múltiparos: $p=0.03$;

$p < 0.05$). Não estando cumpridos os critérios para a utilização de testes paramétricos, neste estudo serão utilizados testes não paramétricos.

Relativamente à subescala relacionamento conjugal negativo o teste não é significativo, a distribuição da amostra é significativamente diferente da distribuição normal (primíparos: $p = 0.00$; $p < 0.05$), logo não estão cumpridos os pressupostos de análise paramétrica. Neste sentido procedeu-se à análise das diferenças ao nível da paridade e das subescalas de relacionamento positivo e o relacionamento negativo através do teste *U de Mann Whitney* (quadro 23).

Quadro 23: Resultados do *U Mann-Whitney* na comparação de grupos (participantes primíparos e múltiparos) no total da qualidade de relacionamento conjugal (n=61)

		Teste <i>U de Mann Whitney</i>		
		<i>Mean Rank</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Relacionamento Conjugal Positivo	Primíparos (n=35)	31.91	-.47	.64
	Múltiparos (n=26)	29.77		
Relacionamento Conjugal Negativo	Primíparos (n=35)	30.93	-.04	.97
	Múltiparos (n=26)	31.10		

Os resultados do teste *U de Mann Whitney* (quadro 23) na comparação dos grupos na qualidade do relacionamento conjugal positivo indicam que os participantes múltiparos (*Mean Rank*= 29.77) obtiveram um valor de *mean rank* inferior aos participantes primíparos (*Mean Rank*=31.91). No entanto, esta diferença não revela significância estatística ($Z = -.47$, $p = 0.64$). Assim, podemos concluir que tanto os homens primíparos como os múltiparos apresentam aspetos positivos, especialmente sentimentos de suporte e afeição, proximidade e atividade de interesse mútuo.

No que concerne à qualidade de relacionamento conjugal negativo o teste de *U Mann Whitney* demonstrou que os participantes múltiparos (*Mean Rank*=31.10) apresentam um valor de *mean rank* superior em comparação com os primíparos (*Mean Rank*=30.93). Assim, nesta variável não se encontra significância estatística na comparação entre o grupo dos múltiparos e primíparos ($Z = -0.04$; $p = 0.97$). Com a análise dos valores *Mean Rank* podemos verificar que os múltiparos demonstram mais aspetos negativos da relação, nomeadamente ansiedade, irritabilidade e criticismo comparativamente com os primíparos, embora esta diferença não seja significativa.

4.4. Associação entre as variáveis

No estudo da relação entre as subescalas da AEAS (qualidade da vinculação e intensidade da preocupação), as subescalas do RQ (relacionamento conjugal positivo e relacionamento conjugal negativo) e as subescalas do STAI (ansiedade traço e ansiedade estado). Coeficiente de correlação de *Spearman's Rho* (quadro 24).

A análise das correlações entre as variáveis na amostra total revelam que a qualidade da vinculação e a intensidade de vinculação se correlacionam entre si significativa e positivamente com intensidade elevada ($r=0.533$; $p<0.01$), o que indica que níveis elevados de experiências afetivas se associem a maior quantidade de tempo despendido a pensar e sonhar com o bebé. Uma correlação significativa e positivamente entre a qualidade da vinculação e o relacionamento conjugal positivo com intensidade moderada também se verifica ($r=0.424$; $p<0.01$), ou seja, níveis elevados de experiências afetivas associam-se a níveis elevados de aspetos positivos na relação conjugal.

Os dados das correlações também revelaram que a subescala intensidade de preocupação se correlaciona positivamente com o relacionamento conjugal positivo ($r=0.287$; $p<0.05$) de intensidade baixa, isto é, uma maior quantidade de tempo despendido a pensar, sonhar com o bebé associa-se a níveis elevados de aspetos positivos na relação conjugal. Contrariamente, na subescala relacionamento conjugal positivo verificou-se uma correlação negativa e significativa com a subescala ansiedade traço de intensidade moderada ($r=-0.432$; $p<0.01$), elevados níveis de aspetos positivos na relação conjugal estão associados a baixos níveis de reações emocionais desagradáveis (e.g. apreensão, nervosismo). Do mesmo modo, a subescala relacionamento conjugal positivo correlaciona-se negativa e significativamente com a ansiedade de estado de intensidade moderada ($r=-0.446$; $p<0.01$), ou seja, elevados níveis de aspetos positivos na relação conjugal estão associados a baixos níveis de reações emocionais desagradáveis.

A subescala relacionamento conjugal negativo está correlacionada positiva e significativamente com a subescala ansiedade estado com intensidade moderada ($r=0.367$; $p<0.01$) e positiva com a ansiedade traço, ambas com intensidade baixa ($r=0.289$; $p<0.05$), o que significa que elevados níveis de aspetos negativos na relação conjugal estão associados a elevados níveis de reações emocionais desagradáveis e elevados níveis de características ansiosas da personalidade. A subescala ansiedade estado correlaciona-se positiva e significativamente com a subescala ansiedade traço de intensidade elevada ($r=0.703$; $p<0.01$), o que revela que elevados níveis de reações emocionais desagradáveis caracterizados por

sentimentos subjetivos de apreensão, nervosismo estão associados a elevados níveis de características ansiosas da personalidade.

Quadro 24: Coeficientes de correlação de Spearman's Rho entre as subescalas de vinculação pré-natal paterna, de relacionamento conjugal e de ansiedade, na amostra total (N=61)

	Qualidade de Vinculação	Intensidade de Preocupação	Relacionamento Conjugal Positivo	Relacionamento Conjugal Negativo	Ansiedade Estado	Ansiedade Traço
Qualidade de Vinculação	1	.533**	.424**	.024	-.168	-.202
Intensidade de Preocupação	.533**	1	.287*	-.041	-.076	-.013
Relacionamento Conjugal Positivo	.424**	.287	1	-.236	-.446**	-.432**
Relacionamento Conjugal Negativo	.024	-.041	-.236	1	.367**	.289*
Ansiedade Estado	-.168	-.076	-.446**	.367**	1	.703**
Ansiedade Traço	-.202	-.013	-.432**	.289*	.703**	1

(**p<0.01; *p<0.05)

Foram também efetuadas correlações parciais para verificar a possível relação das variáveis idade, tempo de relacionamento conjugal e tempo de gestação da companheira na associação entre as variáveis. Os resultados revelaram que a variável idade não exerce peso na força da relação entre a qualidade da vinculação e a intensidade de preocupação ($r=0.532$), entre a qualidade de vinculação e o relacionamento conjugal positivo ($r=0.365$), entre o relacionamento conjugal positivo e a ansiedade traço ($r=-0.367$) e a ansiedade estado ($r=-0.411$), entre o relacionamento conjugal negativo e a ansiedade estado ($r=0.340$) e a ansiedade traço ($r=0.232$), e entre a ansiedade estado e a ansiedade traço ($r=0.691$). A relação entre a intensidade de preocupação com o relacionamento conjugal positivo controlando o peso da variável idade também não se verificou, no entanto a força da associação altera de baixa para moderada.

No que diz respeito à variável tempo de relacionamento, os resultados sugerem não haver peso desta variável na força da relação entre a qualidade da vinculação e a intensidade de preocupação ($r=0.568$), entre a qualidade de vinculação e o relacionamento conjugal positivo ($r=0.419$), entre o relacionamento conjugal positivo e a ansiedade traço ($r=-0.378$) e a ansiedade estado ($r=-0.383$), entre o relacionamento conjugal negativo e a ansiedade estado ($r=0.314$) e a ansiedade traço ($r=0.241$), entre a ansiedade estado e a ansiedade traço

($r=0.700$). O controlo da variável tempo de relacionamento não influencia os resultados de correlação entre a intensidade de preocupação e o relacionamento conjugal positivo, porém a força da associação altera de baixa para moderada.

Quanto ao controlo da variável tempo de gestação da companheira também verificámos que este não exerce peso na força na relação entre a qualidade da vinculação e a intensidade de preocupação ($r=0.543$), entre a qualidade de vinculação e o relacionamento conjugal positivo ($r=0.388$), entre o relacionamento conjugal positivo e a ansiedade traço ($r=-0.386$) e a ansiedade estado ($r=-0.417$), entre o relacionamento conjugal negativo e a ansiedade estado ($r=0.326$) e a ansiedade traço ($r=0.247$), entre a ansiedade estado e a ansiedade traço ($r=0.682$). É de salientar que apesar de não se verificar o peso da associação da intensidade de preocupação no relacionamento conjugal positivo em função do tempo de gestação, a força da desta associação altera de baixa para moderada.

4.4.1. Associação entre variáveis nas subamostras de participantes primíparos e múltiparos

Nesta investigação efetuou-se um estudo da correlação entre as variáveis especificamente por subamostra de homens primíparos e múltiparos em relação à vinculação pré-natal, ansiedade e qualidade do relacionamento conjugal. Recorreu-se para tal à correlação de *Spearman's Rho* (quadros 25 e 26).

O estudo da associação das variáveis no grupo de participantes primíparos (quadro 25) revelou uma associação significativa e positiva entre a subescala qualidade da vinculação e a intensidade de preocupação com intensidade elevada ($r=0.593$; $p<0.01$), o que indica que elevados níveis elevados de experiências afetivas se associam a maior quantidade de tempo despendido a pensar e sonhar com o bebé. Uma correlação significativa e positiva entre a qualidade da vinculação e o relacionamento conjugal positivo também se verifica com intensidade elevada ($r=0.560$; $p<0.01$), isto é, níveis elevados de experiências afetivas associam-se a níveis elevados de aspetos positivos na relação conjugal. As correlações positivas entre a subescala intensidade de preocupação e o relacionamento conjugal positivo de intensidade moderada também foram encontradas com intensidade moderada ($r=0.362$; $p<0.05$), revelando que uma maior quantidade de tempo despendido a pensar e sonhar com o bebé associa-se a níveis elevados de aspetos positivos na relação conjugal. Na subescala relacionamento conjugal positivo verificou-se uma correlação significativamente negativa com a subescala ansiedade estado ($r=-0.563$; $p<0.01$) e a ansiedade traço ($r=-0.566$; $p<0.01$) ambas com intensidade elevada, ou seja, níveis elevados de aspetos positivos na relação

conjugal estão associados a baixos níveis de reações emocionais desagradáveis e baixos níveis de características ansiosas da personalidade.

A subescala relacionamento conjugal negativo correlaciona-se positivamente com a subescala ansiedade traço com intensidade moderada ($r=0.350$; $p<0.05$), tal significa que elevados níveis de aspetos negativos na relação conjugal estão associados a elevados níveis de reações emocionais desagradáveis caracterizados por sentimentos subjetivos de apreensão e nervosismo. A subescala ansiedade estado correlaciona-se positiva e significativamente com a subescala ansiedade traço com intensidade elevada ($r=0.640$; $p<0.01$), o que revela que elevados níveis de reações emocionais desagradáveis caracterizados por sentimentos subjetivos de apreensão, nervosismo estão associados a elevados níveis de características ansiosas da personalidade.

Quadro 25: Coeficientes de correlação de Spearman's Rho entre as subescalas da vinculação pré-natal paterna, relacionamento conjugal e ansiedade na subamostra de participantes primíparas (n=35)

	Qualidade de Vinculação	Intensidade de Preocupação	Relacionamento Conjugal Positivo	Relacionamento Conjugal Negativo	Ansiedade Estado	Ansiedade Traço
Qualidade de Vinculação	1	.593**	.560**	.035	-.299	-.303
Intensidade de Preocupação	.593**	1	.362*	-.050	-.174	-.020
Relacionamento Conjugal Positivo	.560**	.362*	1	-.194	-.563**	-.566**
Relacionamento Conjugal Negativo	.035	-.050	-.194	1	.296	.350*
Ansiedade Estado	-.299	-.174	-.563**	.296	1	.640**
Ansiedade Traço	-.303	-.020	-.566**	.350*	.640**	1

(** $p<0.01$; * $p<0.05$)

Foram efetuadas correlações parciais para verificar se o controlo de uma variável pode afetar os resultados elevados da associação entre as subescalas estudadas: idade, tempo de relacionamento conjugal e tempo de gestação da companheira. Os resultados demonstraram que no grupo de participantes primíparas a variável idade sugere não haver peso desta variável na força da relação entre a qualidade da vinculação e a intensidade de preocupação ($r=0.594$), entre a qualidade de vinculação e o relacionamento conjugal positivo ($r=0.518$), entre a intensidade de preocupação e o relacionamento conjugal positivo ($r=0.407$), entre a ansiedade estado e a ansiedade traço ($r=0.705$), entre o relacionamento conjugal positivo e a

ansiedade estado ($r=-0.537$) e a ansiedade traço ($r=-0.530$). Também não foi encontrado o peso da subescala relacionamento conjugal negativo na ansiedade traço ($r=0.167$) em função da idade, no entanto a força da associação altera de moderada a baixa.

O controlo da variável tempo do relacionamento conjugal sugere também não haver peso desta variável na força da relação entre a qualidade da vinculação e a intensidade de preocupação ($r=0.613$), entre a qualidade de vinculação e o relacionamento conjugal positivo ($r=0.560$), entre a intensidade de preocupação e o relacionamento conjugal positivo ($r=0.433$), ansiedade estado e a ansiedade traço ($r=0.678$), entre o relacionamento conjugal positivo e a ansiedade traço ($r=-0.568$). O peso exercido pelo relacionamento conjugal negativo na ansiedade traço em função do tempo de relacionamento também não foi identificado, porém a força da associação altera de moderada a baixa. É ainda de referir que a força da associação entre o relacionamento conjugal positivo e a ansiedade traço ($r=-0.488$) também se altera de alta a moderada.

Relativamente ao controlo da variável tempo de gestação da companheira também revelou não existir influência da força da relação entre a qualidade da vinculação e a intensidade de preocupação ($r=0.533$), entre a qualidade de vinculação e o relacionamento conjugal positivo ($r=0.504$), entre a intensidade de preocupação e o relacionamento conjugal positivo ($r=0.360$), entre a ansiedade estado e a ansiedade traço ($r=0.670$), entre o relacionamento conjugal positivo e a ansiedade estado ($r=-0.504$) e a ansiedade traço ($r=-0.568$). Apesar de não se verificar o peso do relacionamento conjugal negativo na ansiedade traço ($r=0.227$) em função do tempo de gestação a força da associação altera-se de moderada a baixa.

No grupo de participantes múltiparos (quadro 26) também se verificou algumas associações de variáveis nomeadamente, entre ansiedade estado e a ansiedade traço, entre a qualidade de vinculação e a intensidade da preocupação e entre a qualidade do relacionamento conjugal negativo e a ansiedade estado.

Quadro 26: Coeficientes de correlação de Spearman's Rho entre as subescalas da vinculação pré-natal paterna, relacionamento conjugal e ansiedade na subamostra de participantes múltiparos (n=26)

	Qualidade de Vinculação	Intensidade de Preocupação	Relacionamento Conjugal Positivo	Relacionamento Conjugal Negativo	Ansiedade Estado	Ansiedade Traço
Qualidade de Vinculação	1	.463*	.085	.032	-.024	-.015
Intensidade de Preocupação	.463*	1	.107	.010	.037	.044
Relacionamento Conjugal Positivo	.085	.107	1	-.268	-.291	-.295
Relacionamento Conjugal Negativo	.032	.010	-.268	1	.469*	.251
Ansiedade Estado	-.024	.037	-.291	.469*	1	.740**
Ansiedade Traço	-.015	.044	-.295	.251	.740**	1

(**p<0.01; *p<0.05)

Na subescala ansiedade estado e a ansiedade traço ($r=0.740$; $p<0.01$) verificou-se uma associação significativa e positiva com intensidade elevada, o que indica que elevados níveis de reações emocionais desagradáveis caracterizados por sentimentos subjetivos de apreensão e nervosismo estão associados a elevados níveis de características ansiosas da personalidade. Foi encontrada uma correlação moderada e positiva entre a subescala qualidade da vinculação e intensidade de preocupação ($r=0.463$; $p<0.05$), o que revela que elevados níveis de experiências afetivas se associem a maior quantidade de tempo despendido a pensar e sonhar com o bebé. Na subescala relacionamento conjugal negativo verificou-se uma correlação positiva com a subescala ansiedade estado com intensidade moderada ($r=0.469$; $p<0.05$), isto significa que elevados níveis de aspetos negativos na relação estão associados a elevados níveis de características ansiosas da personalidade.

Foram efetuadas correlações parciais controlando as variáveis idade, tempo de relacionamento conjugal e tempo de gestação da companheira no grupo de participantes múltiparos. Os resultados evidenciaram que no grupo de participantes múltiparos a variável idade sugere não haver peso desta variável na força da relação entre a qualidade da vinculação e a intensidade de preocupação ($r=0.410$), entre o relacionamento conjugal negativo e a ansiedade estado ($r=0.484$), entre a ansiedade estado e a ansiedade traço ($r=0.701$).

No que concerne ao controlo da variável tempo do relacionamento conjugal, os resultados sugerem também não haver peso desta variável na força da relação entre a qualidade da vinculação e a intensidade de preocupação ($r=0.437$), entre o relacionamento

conjugal negativo e a ansiedade estado ($r=0.418$), entre a ansiedade estado e a ansiedade traço ($r=0.671$).

No que diz respeito ao controlo da variável tempo de gestação da companheira também revelou não existir influência da força da relação entre a qualidade da vinculação e a intensidade de preocupação ($r=0.425$), entre a ansiedade estado e a ansiedade traço ($r=0.697$). Apesar de não se verificar o peso entre o relacionamento conjugal negativo e a ansiedade estado ($r=0.514$) em função do tempo de gestação a força da associação altera-se de moderada a elevada.

4.5. Variação dos resultados

As variáveis sociodemográficas e acerca da gravidez selecionadas para o estudo da variação dos resultados foram a idade, o tempo de relacionamento conjugal e o tempo de gestação da companheira.

4.5.1. Variação dos resultados em função da idade dos participantes

Nesta investigação efetuou-se um estudo de comparação entre a idade dos homens no que concerne à vinculação pré-natal, qualidade do relacionamento conjugal e ansiedade. A idade dos participantes foi categorizada em dois grupos: o grupo com idade menor que 33 anos (mais novos) e o grupo com idade igual ou superior a 33 anos (mais velhos).

4.5.1.1. Vinculação pré-natal: variação com a idade dos participantes

A análise do teste de *Kolmogorov-Smirnov* revelou que ao nível da subescala qualidade de vinculação pré-natal a distribuição é significativamente diferente da distribuição normal, o que indica que não há normalidade nas distribuições, logo encontram-se violados os pressupostos da análise paramétrica ($p=0.00$; $p<0.05$). Não estando cumpridos os critérios para a utilização de testes paramétricos, nesta análise serão utilizados testes não paramétricos, mais concretamente o teste de *U de Mann Whitney*.

No que diz respeito à subescala intensidade de preocupação verificou-se que a distribuição não é significativamente diferente da distribuição normal, logo encontra-se cumprido o primeiro pressuposto de análise paramétrica. Seguidamente analisamos os valores do *Skewness e Kurtosis* e verifica-se que os valores se encontram entre -1 e 1, assim sendo a distribuição da amostra é normal. Assim, e tendo a análise exploratória dos dados revelado o cumprimento dos pressupostos para a estatística paramétrica, seguidamente utilizaremos o t-teste para amostras independentes.

Quadro 27: Resultados do teste *U Mann Whitney* na subescala qualidade de vinculação, em função da idade (N=61)

Teste <i>U de Mann Whitney</i>					
	Idade	n	Mean Rank	Z	p
Qualidade da Vinculação	21-32	29	37.00	-2.55	.01
	33-51	32	25.56		

Os resultados do teste *U Mann Whitney* de comparação homens mais novos e mais velhos (quadro 27) mostraram significância estatística ao nível da qualidade de vinculação pré-natal ($Z=-2.55$, $p=0.01$). Deste modo, os homens mais novos ($Mean Rank=37.00$) apresentam níveis mais elevados de experiências afetivas em comparação com os homens mais velhos ($Mean Rank=25.56$).

Quadro 28: Resultados da análise do *t-test* para amostras independentes para a subescala intensidade de preocupação em função da idade (N=61)

Teste <i>t</i> para amostras independentes						
	Idade	n	Média	Desvio Padrão	Teste t	p
Intensidade de Preocupação	21-32	29	19.97	3.43	1.36	.18
	33-51	32	18.63	4.18		

O resultado do t-teste para amostras independentes (quadro 28) para a comparação da média de intensidade de preocupação em homens mais novos ($M=19.97$; $DP=3.43$) e mais velhos ($M=18.063$; $DP=4.18$) revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t=1.36$, $p=0.18$).

4.5.1.2. Ansiedade: variação dos resultados em função da idade dos participantes

Na análise do teste de *Kolmogorov-Smirnov* revelou que ao nível das subescalas de ansiedade verificou-se que a distribuição não é significativamente diferente da distribuição normal, logo encontra-se cumprido o primeiro pressuposto de análise paramétrica. Seguidamente analisamos os valores do *Skewness e Kurtosis* e verifica-se que os valores se encontram entre -1 e 1, assim sendo a distribuição da amostra é normal. Assim, e tendo a análise exploratória dos dados revelado o cumprimento dos pressupostos para a estatística paramétrica, seguidamente utilizaremos o t-teste para amostras independentes.

Quadro 29: Resultados da análise do *t-test* para amostras independentes para as subescalas de ansiedade em função da idade (N=61)

<i>Teste t</i> para amostras independentes						
	Idade	n	Média	Desvio Padrão	Teste t	p
Ansiedade Estado	21-32	29	34.55	7.71	.36	.72
	33-51	32	33.75	9.55		
Ansiedade Traço	21-32	28	38.82	7.38	-.56	.58
	33-51	32	39.88	7.22		

Os resultados do *t-teste* para amostras independentes (quadro 29) para a comparação da média de ansiedade estado em homens mais novos (M= 32.23; DP=7.72) e mais velhos (M=37.76; DP=9.36) revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t=-0.56$, $p=0.58$). Ao nível da ansiedade traço em homens mais novos (M=37.95; DP=6.26) e mais velhos (M=42.05; DP=8.32) os resultados revelaram não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t=0.00$, $p=0.04$). Assim, não existe variação na ansiedade estado e na ansiedade traço em função da idade.

4.5.1.3. Relacionamento conjugal: variação com a idade

Através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* verificámos que ao nível da subescala qualidade de relacionamento conjugal positivo e da subescala qualidade do relacionamento negativo as distribuições são significativamente diferentes das distribuições normais, o que indica que não há normalidade nas distribuições, logo encontram-se violados os pressupostos da análise paramétrica ($p=0.00$; $p<0.05$). Não estando cumpridos os critérios para a utilização de testes paramétricos, nas análises exploratórias serão utilizados testes não paramétricos, mais concretamente o teste de *U de Mann Whitney*.

Quadro 30: Resultados do teste *U de Mann Whitney* nas subescalas de qualidade de relacionamento conjugal, positivo e negativo, em função da idade na amostra total (N=61)

<i>Teste U de Mann Whitney</i>					
	Idade	n	Mean Rank	Z	p
Relacionamento Conjugal Positivo	21-32	29	33.67	-1.14	.26
	33-51	32	28.58		
Relacionamneto Conjugal Negativo	21-32	29	26.86	-1.78	.08
	33-51	32	34.75		

Os resultados do teste *U-Mann Whitney* (quadro 30) de comparação de homens mais novos e mais velhos não mostrou significância estatística ao nível do relacionamento conjugal positivo ($Z=-1.14$, $p=.26$). Não existem assim diferenças estatisticamente significativas ao nível do relacionamento conjugal positivo nos homens mais novos (*Mean Rank*=33,67) e os homens mais velhos (*Mean Rank*=28,88).

No que concerne aos resultados para a comparação da média do relacionamento conjugal negativo em homens mais novos e os homens mais velhos revelou existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($Z=-1.78$, $p=0.08$), o que indica que os participantes mais velhos (*Mean Rank*=34,75) apresentam níveis elevados de aspetos negativos na relação que os mais novos (*Mean Rank*=26,86).

4.5.2. Variação dos resultados em função do tempo de relacionamento conjugal

Neste ponto efetuou-se uma comparação de grupos por tempo de relacionamento conjugal dos participantes no que concerne à vinculação pré-natal, qualidade do relacionamento conjugal e ansiedade. A variável tempo de relacionamento conjugal foi categorizada em três grupos: 0 a 5 anos, 6 a 9 anos e 10 a 20 anos de relacionamento conjugal.

4.5.2.1. Vinculação pré-natal paterna: variação com o tempo de relacionamento conjugal

Para comparar os três grupos de participantes em relação à qualidade de vinculação em função do tempo de relacionamento conjugal realizou-se o teste de *Kruskal-Wallis* (quadro 31), uma vez que a variável não apresenta uma distribuição normal na presente amostra e os subgrupos de participantes são inferiores a 30 sujeitos.

Quadro 31: Resultados do teste *Kruskal-Wallis* na comparação de grupos em função do tempo de relacionamento conjugal, para a subescala qualidade de vinculação na amostra total (N=61)

Teste <i>Kruskal-Wallis</i>					
	Tempo relacionamento (anos)	n	<i>Mean Rank</i>	χ^2	p
Qualidade da vinculação	0-5	17	33.32	.99	.61
	6-9	20	27.93		
	10-20	22	29.32		

Na subescala qualidade de vinculação não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos ($\chi^2=0.99$; $p=0.61$), não havendo assim variação na qualidade da ligação ao bebê em função do tempo de relacionamento com a companheira.

O cumprimento os pressupostos para a utilização da estatística paramétrica na subescala intensidade de preocupação permitiu a utilização de procedimentos paramétricos, mais concretamente a uma análise da variância, *Anova One-Way* (quadro 32).

Quadro 32: Resultados da análise *Anova One-Way* para a subescala intensidade de preocupação em função do tempo de relacionamento conjugal (N=61)

<i>Anova One-Way</i>						
	Tempo relacionamento (anos)	n	M	DP	F	p
Intensidade da preocupação	0-5	17	18.12	3.67	1.03	.36
	6-10	20	19.95	4.32		
	10-20	22	19.15	3.59		

Através da análise da variância não se verificou uma diferença estatisticamente significativa na intensidade de preocupação nos três grupos ($F(2,56)=1.03$, $p=0.36$). Estes dados revelam não haver variação na intensidade de preocupação em função do tempo de relacionamento conjugal.

4.5.2.2. Ansiedade: variação dos resultados em função do tempo de relacionamento conjugal

Realizou-se uma análise da variância, *Anova One-Way* (quadro 33) para estudar as diferenças nos resultados em função do tempo de relacionamento conjugal na ansiedade estado e na ansiedade traço. Foram cumpridos os pressupostos de normalidade, independência e homogeneidade. Através da análise da variância não se verificou uma diferença estatisticamente significativa na ansiedade estado ($F(2,56)=0.58$, $p=0.57$), e ansiedade traço ($F(2,55)=0.74$, $p=0.48$) entre os três grupos. O que revela não existir variação na ansiedade estado e na ansiedade traço em função do tempo de relacionamento com a companheira.

Quadro 33: Resultados da análise de variância nas subescalas de ansiedade em função do tempo de relacionamento conjugal na amostra total (N=61)

<i>Anova One-Way</i>						
	Tempo relacionamento (anos)	n	M	DP	F	p
Ansiedade Estado	0-5	17	35.00	8.47	.58	.57
	6-10	20	32.60	8.38		
	10-20	22	35.27	9.12		
Ansiedade Traço	0-5	17	37.88	5.99	.74	.48
	6-10	20	39.00	7.07		
	10-20	22	40.55	7.06		

4.5.2.3. Relacionamento conjugal: variação com o tempo de relacionamento conjugal

De modo a testar as diferenças entre os grupos em relação ao tempo de relacionamento conjugal nas subescalas do relacionamento conjugal, foi utilizado o teste estatístico *Kruskal-Wallis* (quadro 34) para amostras independentes, dado não se verificar distribuição normal das variáveis.

Quadro 34: Resultados do teste *Kruskal-Wallis* na comparação dos grupos em função do tempo de relacionamento conjugal nas subescalas de relacionamento conjugal (N=61)

<i>Teste Kruskal-Wallis</i>					
	Tempo relacionamento (anos)	n	Mean Rank	χ^2	p
Relacionamento Conjugal Positivo	0-5	17	30.56	.22	.90
	6-10	20	28.58		
	10-20	22	30.86		
Relacionamento Conjugal Negativo	0-5	17	30.79	1.22	.54
	6-10	20	32.60		
	10-20	22	27.02		

Em ambas as subescalas, qualidade de relacionamento conjugal positivo ($\chi^2=0.22$, $p=0.90$) e relacionamento conjugal negativo ($\chi^2=1.22$, $p=0.54$) não se verificaram diferenças significativas entre os três grupos. Assim, não existem diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade do relacionamento conjugal positivo e negativo e o tempo de relacionamento.

4.5.3. Variação dos resultados em função do tempo de gestação da companheira

Neste ponto efetuou-se uma comparação de grupos por tempo gestação da companheira no que concerne à vinculação pré-natal, qualidade do relacionamento conjugal e

ansiedade. O tempo de gestação da companheira foi categorizado em três grupos: o grupo com tempo de gestação entre as 4 e as 23 semanas, o grupo entre as 24 e as 32 semanas e o grupo entre as 33 ou mais semanas de gestação.

4.5.3.1. Vinculação pré-natal paterna: variação com o tempo de gestação da companheira

Para comparar os três grupos em relação à qualidade da vinculação com o tempo de gestação da companheira, realizou-se o teste de Kruskal-Wallis (quadro 35), uma vez que a amostra não apresenta uma distribuição normal.

Quadro 35: Resultados do teste *Kruskal-Wallis* na comparação de grupos em função do tempo de gestação da companheira para a subescala qualidade de vinculação na amostra total (N=61)

<i>Teste Kruskal-Wallis</i>					
	Tempo de gestação (semanas)	n	Mean Rank	χ^2	p
Qualidade da vinculação	4-23	19	25.32	.343	.18
	24-32	20	35.63		
	≥33	22	31.70		

Na subescala qualidade de relacionamento conjugal negativo não se verificaram diferenças significativas entre os três grupos ($\chi^2=0.343$ p=0.18). Estes resultados revelam não existir variação na qualidade vinculação em função do tempo de gestação da companheira.

Estando cumpridos os pressupostos para a utilização da estatística paramétrica na subescala intensidade de preocupação utilizou-se procedimentos paramétricos, mais concretamente a uma análise da variância, *Anova One-Way* (quadro 36).

Quadro 36: Resultados da análise de variância na subescala intensidade de preocupação em função do tempo de gestação da companheira na amostra total (N=61)

<i>Anova One-Way</i>						
	Tempo de gestação (semanas)	n	M	DP	F	p
Intensidade da preocupação	4-23	19	18.11	3.51	1.29	.28
	24-32	20	19.60	4.20		
	≥33	22	19.95	3.80		

A análise da variância não se verificou uma diferença estatisticamente significativa na intensidade de preocupação nos três grupos ($F(2,58)=1.29$, p=0.28), não havendo assim variação na intensidade de preocupação em função do tempo de gestação da companheira.

4.5.3.2. Ansiedade: variação com o tempo de gestação da companheira

De modo a testar as diferenças nos níveis de ansiedade em função do tempo de gestação realizou-se uma análise da variância *Anova One-Way* (quadro 37). Foram cumpridos os pressupostos de normalidade, independência e homogeneidade. Através da análise da variância não se verificou uma diferença estatisticamente significativa na ansiedade estado ($F(2,58)=0.31$, $p=0.73$), e ansiedade traço ($F(2,57)=0.23$, $p=0.80$) entre os três grupos. Estes dados indicam não existir variação na ansiedade estado e na ansiedade traço em função do tempo de gestação da companheira.

Quadro 37: Resultados da análise de variância nas subescalas de ansiedade em função do tempo de gestação da companheira na amostra total (N=61)

<i>Anova One-Way</i>						
	Tempo de gestação (semanas)	n	M	DP	F	p
Ansiedade Estado	4-23	19	32.84	9.51	.31	.73
	24-32	20	34.95	7.86		
	≥33	22	34.50	8.88		
Ansiedade Traço	4-23	17	39.58	8.75	.23	.80
	24-32	20	38.47	6.21		
	≥33	22	40.00	6.91		

4.5.3.3. Relacionamento conjugal: variação com o tempo de gestação da companheira

Para comparar os três grupos em relação ao relacionamento conjugal em função do tempo de gestação da companheira, realizou-se o teste de *Kruskal-Wallis* (quadro 38), uma vez que esta variável não apresenta uma distribuição normal.

Quadro 38: Resultados do teste *Kruskal Wallis* na comparação de grupos em função o tempo de gestação da companheira nas subescalas de relacionamento conjugal na amostra total (N=61)

<i>Teste Kruskal-Wallis</i>					
	Tempo de gestação (semanas)	n	Mean Rank	χ^2	p
Relacionamento Conjugal Positivo	4-23	19	28.05	.998	.61
	24-32	20	33.65		
	≥33	22	31.14		
Relacionamento Conjugal Negativo	4-23	19	31.03	1.16	.56
	24-32	20	34.00		
	≥33	22	28.25		

Na subescala relacionamento conjugal positivo não se verificaram diferenças significativas entre os participantes ($\chi^2=0.998$, $p=0.61$) em relação ao tempo de gestação da companheira. Na subescala relacionamento conjugal negativo também não se verificaram diferenças significativas entre o tempo de gestação da companheira ($\chi^2=1.16$; $p=0.56$). Assim, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade do relacionamento conjugal positivo e negativo e o tempo de gestação.

4.6. Análises exploratórias

Posteriormente foram ainda efetuadas análises para verificar a variação dos resultados em função das variáveis sociodemográficas nas subescalas estudadas, especificamente na amostra total. As características sociodemográficas estudadas incidiram na idade, no tempo de relacionamento conjugal e no tempo de gestação da companheira.

A variável idade foi categorizada em dois grupos: participantes com idade menor que 33 anos (mais novos) e participantes com idade igual ou superior a 33 anos (mais velhos). O tempo de relacionamento conjugal dos participantes foi categorizado em três grupos: 0 a 5 anos, 6 a 9 anos e 10 a 20 anos de relacionamento conjugal. Por fim, a variável tempo de gestação da companheira foi categorizada em três grupos: tempo de gestação entre as 4 e as 23 semanas; entre as 24 e as 32 semanas; 33 ou mais semanas de gestação.

A variação dos resultados em função da idade dos participantes nas variáveis qualidade da vinculação pré-natal ($Z=-2.55$, $p=0.01$) e qualidade do relacionamento conjugal negativo ($Z=-1.78$, $p=0.08$) indicaram significância estatística. Estes resultados permitem concluir que os participantes mais novos apresentam níveis mais elevados de experiências afetivas em comparação com os homens mais velhos (*Mean Rank*=25,56). Concluiu-se ainda que os participantes mais velhos (*Mean Rank*=34,75) apresentam níveis elevados de aspetos negativos na relação conjugal que os mais novos (*Mean Rank*=26,86). Quanto à variação dos resultados nas subescalas de ansiedade, intensidade de preocupação e relacionamento conjugal positivo em função da idade, não foram encontradas diferenças significativas. Estes dados sugerem que a idade não influencia os níveis de reações emocionais desagradáveis caracterizados por sentimentos subjetivos de apreensão e nervosismo, do mesmo modo não influencia os níveis de características ansiosas da personalidade, não influencia a quantidade de tempo despendido a pensar e sonhar com o bebé e também não exerce influencia nos aspetos positivos na relação conjugal nas subamostras.

Nas restantes características sociodemográficas, tempo de relacionamento conjugal e tempo de gestação da companheira, os resultados mostraram não existirem diferenças

estatisticamente significativas nos três grupos nas diferentes subescalas estudadas (vinculação pré-natal, ansiedade e qualidade do relacionamento conjugal). Estes dados sugerem que o tempo de relacionamento conjugal e o tempo de gestação da companheira não influenciam os níveis de vinculação pré-natal, ansiedade e a qualidade do relacionamento conjugal no progenitor masculino.

5. Discussão dos resultados

Neste ponto são discutidos os resultados mais relevantes e significativos deste estudo a nível científico, sendo efetuada uma análise crítica aos mesmos tendo subjacente os dados de natureza teórica e empírica apresentados no início desta investigação. A discussão dos resultados será apresentada pela ordem de apresentação dos mesmos no ponto anterior. Primeiramente serão discutidos os resultados descritivos de cada subescala, os resultados referentes aos conhecimentos acerca da gravidez/parentalidade, a comparação dos grupos nas subescalas, a associação entre as variáveis e a variação dos resultados em função das variáveis sociodemográficas e acerca da gravidez.

5.1. Resultados descritivos

O objetivo principal deste estudo consistiu em caracterizar uma amostra de homens durante o período de gravidez da companheira ao nível da vinculação pré-natal, ansiedade e qualidade do relacionamento conjugal. Os resultados descritivos da vinculação pré-natal na amostra total da presente investigação mostraram uma média de 64.21 na escala total, sendo o máximo desta escala de 80 e o mínimo 51. No que concerne à subescala qualidade da vinculação a amostra apresenta em média 35.74 (*Mín*=31, *Máx*=40, *DP*=2.42) e na subescala intensidade de preocupação apresenta em média 19.26 (*Mín*=10, *Máx*=30, *DP*=3.87). Os resultados desta investigação são congruentes com os resultados obtidos por Camarneiro e Justo (2010), numa amostra constituída por 212 casais portugueses, no segundo trimestre de gravidez. Os resultados obtidos pelos autores na escala paterna evidenciaram uma média de 58.96 (*Mín*=35, *Máx*=74, *DP*=7.48) na escala total, 39.43 (*Mín*=25, *Máx*=45, *DP*=4.07) na subescala qualidade de vinculação e de 19.53 (*Mín*=7, *Máx*=30, *DP*=4.37) na subescala intensidade de preocupação. Tendo em conta os resultados obtidos pelos autores, semelhantes aos resultados obtidos no nosso estudo, sublinha-se que os homens do presente estudo estão forte e saudavelmente vinculados ao feto. Um estudo recente levado a cabo por Carmarneiro (2011) em Portugal, constituído por uma amostra de 407 casais durante o segundo trimestre de gravidez revelou que os homens apresentam vinculação forte ou saudável ao feto. A autora concluiu ainda a existência de uma percentagem mais elevada de homens com este padrão de vinculação (38.1%) em comparação com as mulheres neste mesmo padrão (36.4%). Na presente amostra verificou-se que a preocupação do futuro pai com o feto se associa a maior qualidade de vinculação. De acordo com Raphael-Leff (2009) a sintonia física da mãe com o bebé favorece a ligação destes, ao contrário do que acontece com pai. No entanto, o homem não quer ficar indiferente. Os futuros pais, ao longo dos nove meses de gestação, envolvem-se

na gravidez para se adaptarem à nova identidade e desenvolverem assim o seu papel de pai (Colman & Colman, 1994).

Quanto aos níveis de ansiedade, a presente amostra apresentou uma média de 34.13 (*Mín*=20, *Máx*=53) na subescala ansiedade estado e de 39.38 (*Mín*=27, *Máx*=59) na subescala ansiedade traço. No estudo de Conde (2008), realizado em Portugal, numa amostra de 123 casais é possível constatar que a ansiedade traço ($M=34.39$) nos homens é superior à ansiedade estado ($M=31.85$) no segundo trimestre de gestação. Neste sentido, os participantes do presente estudo apresentam níveis de ansiedade traço, em média, mais elevados do que os níveis de ansiedade estado. Estes dados podem sugerir que os homens estejam a negar a ansiedade no período pré-natal. Segundo Condon e Esuvaranathan (1990) os futuros pais têm níveis de ansiedade mais baixos durante a gravidez do que a norma. Alvarez e Golse (2009) consideram que só depois da gravidez ocorrerá o verdadeiro encontro com a criança, fazendo assim o homem face à sua capacidade para desempenhar o seu papel parental. Tal poderá justificar os níveis de ansiedade estado mais baixos no nosso estudo. Por outro lado, salienta-se que este instrumento de avaliação de ansiedade não é específico de ansiedade em relação à parentalidade. Jager e Bottoli (2011), referem a escassez de material em psicologia sobre os sentimentos do homem na gravidez/parentalidade.

Ao nível do relacionamento conjugal verificou-se que os participantes apresentam uma perceção positiva sobre a sua relação conjugal. Na escala de qualidade do relacionamento conjugal, a presente amostra apresentou uma média de 29.05 na subescala de relacionamento conjugal positivo e de 9.79 na subescala de relacionamento conjugal negativo. Segundo Figueiredo e colaboradores (2007) pontuações elevadas na subescala positiva significam que a relação conjugal é composta por aspetos positivos, enquanto que, pontuações elevadas na subescala relacionamento conjugal negativo significam que a relação com o companheiro/a é composta por diversos aspetos negativos. Neste sentido, constata-se que na nossa amostra os participantes apresentam mais aspetos positivos na relação conjugal do que negativos. Um estudo longitudinal, realizado por Lawrence e colaboradores (2007) que comparou a proporção de mudança na satisfação conjugal antes e depois do bebé nascer, numa amostra de 56 casais, revelou resultados similares aos do nosso estudo durante a gravidez. Os autores concluíram que a satisfação conjugal antes dos casais terem filhos, mantém-se estável para os homens, o que é congruente com o nosso estudo. Num outro estudo feito em Portugal, também se verificou a elevação de aspetos positivos aos negativos na relação conjugal, embora os resultados fossem inferiores aos do nosso estudo (Monteiro, 2008). Monteiro (2008) realizou um estudo com 46 casais ao longo da gravidez obtendo uma média de 3.67

(DP=0.33) na subescala qualidade de relacionamento conjugal positivo durante o primeiro trimestre e uma média de 2.15 (DP=0.63) na subescala qualidade de relacionamento conjugal negativo. Outros estudos revelam o contrário. O estudo realizado por Claxton e Perry-Jenkins (2008) é consensual quanto ao declínio da relação conjugal se iniciar no decorrer da gestação.

A terceira parte do questionário de dados sociodemográficos e clínicos foi complementada com a informação relativa aos conhecimentos acerca da gravidez/parentalidade apenas a título exploratório. Aqui verificou-se que de um modo geral, os homens possuem conhecimentos adequados acerca da gravidez/parentalidade. Os participantes reconhecem que os principais sintomas de uma gravidez constituem a falta de menstruação, as náuseas e os vômitos e a sensibilidade no peito. No que diz respeito às implicações da gravidez, a amostra total considera que a gravidez implica alterações de humor, alterações hormonais, sensibilidade emocional, irritabilidade emocional, e ansiedade e medo. Na generalidade, os homens apresentam conhecimentos do que é normativo no período de gestação, nomeadamente enjoos, atividade sexual durante a gravidez, da alimentação que a grávida deve ter, da prática de atividade física, do estado emocional, do peso ideal e quando a grávida deve dirigir ao hospital. Estes dados podem ser melhor explicados pelo facto do maior envolvimento paterno se ter verificado nas últimas décadas. Os dados obtidos pelos participantes primíparos e múltiparos revelaram que ambas as subamostras apresentam, de uma maneira geral, conhecimentos adequados acerca da gravidez/parentalidade.

5.2. Estudo de comparação de grupos

No estudo de comparação de grupos não se verificaram diferenças entre os grupos. Neste estudo procedeu-se, para além de caracterização da amostra total de homens durante o período da gravidez da companheira em relação à vinculação pré-natal, ansiedade e relacionamento conjugal, a uma comparação de grupos entre participantes primíparos e participantes múltiparos em relação às mesmas variáveis.

A comparação entre os grupos de participantes não atingiu significância estatística. No entanto, a comparação entre os grupos revelou que os participantes primíparos (*Mean Rank*=33.27) apresentam uma maior qualidade de vinculação do que os múltiparos (*Mean Rank*=27.94). No que diz respeito à intensidade da preocupação também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, contudo, os participantes primíparos (*Mean Rank*=32.29) apresentam uma maior intensidade de preocupação do que os múltiparos (*Mean Rank*= 29.27). O estudo de Lorenzen e colaboradores (2004) revelou que os homens que vão ser pais pela primeira vez têm níveis

mais elevados de vinculação pré-natal. Dados semelhantes foram descritos no estudo de Condon e Esuvaranathan (1990). Homens que vão ser pais pela primeira vez têm níveis mais altos na vinculação global ($t=3.2$, $p=.003$). De acordo com Lorensen e colaboradores (2004), a excitação, o orgulho e o efeito novidade, nos pais pela primeira vez, podem aumentar a vinculação pré-natal. O que significa que a vinculação pré-natal total é muito mais elevada na primeira do que na segunda gravidez, o que não se verificou no nosso estudo. Dados recentes obtidos por Camarneiro (2011) referem que a vinculação pré-natal total ($F(402,1)=4.60$, $p=.033$) e a intensidade de preocupação ($F(402,1)=17.23$, $p=.033$) é mais elevada em homens que ainda não têm filhos em relação aos que já têm filhos. Na qualidade de vinculação ($F(402,1)=2.23$, $p=.637$) o número de filhos não exerce efeito, no entanto apresenta uma média (85.05) superior em primíparos. De facto habitualmente o pai tem menos oportunidade de se vincular ao feto em relação à mãe. Segundo Habib e Lancaster (2006) a ligação paterna ao feto pode ser prevista através da perceção do estatuto do futuro pai (importância subjetiva atribuída pelo próprio e do conteúdo desse estatuto (elaboração mental de uma visão individual acerca do estatuto de ser pai).

Relativamente à subescala ansiedade estado verificou-se, na comparação de grupos que não há diferenças significativas entre participantes primíparos e múltiparos. No entanto, os participantes múltiparos (*Mean Rank*=32.33) apresentam uma maior ansiedade estado do que os primíparos (*Mean Rank*=30.01). Verificando-se o mesmo ao nível da subescala ansiedade traço, não existem diferenças significativas entre os participantes primíparos e os participantes múltiparos. No entanto, estes últimos apresentam maiores níveis de ansiedade ($M=40.38$, $DP=8.94$) que os primíparos ($M=38.62$, $DP=5.66$). Este facto, pode sugerir que as exigências colocadas pelos outros filhos contribuem para um aumento da sintomatologia ansiosa. Porém, este instrumento induz-nos a ter alguma sensatez na generalização dos resultados. Apesar de ser utilizado numa variedade de contextos, nomeadamente durante a gravidez (Field, Diego, Hernandez-Reif, Schanberg, Kuhn, Yandoo & Bendell, 2003), este instrumento utilizado não é específico para o período da gravidez, podendo deste modo estar inerentes outros fatores (e.g. situação económica, desemprego).

No estudo comparativo entre participantes primíparos e múltiparos em relação à qualidade de relacionamento conjugal positivo, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Assinala-se no entanto que os participantes primíparos (*Mean Rank*=31.91) apresentaram maior qualidade de relacionamento conjugal positivo do que os múltiparos (*Mean Rank*=29.77). Esta diferença embora não seja significativa, pode ser indicativa que a gravidez é vivenciada de forma semelhante por primíparos e múltiparos ao

nível do relacionamento conjugal. No entanto, ambos revelam uma diminuição nos níveis de qualidade do relacionamento conjugal, esta tendência é apontada por diversas investigações que se debruçam sobre o impacto de um filho no relacionamento conjugal (Lawrence et al, 2007; Figueiredo et al., 2006; Relvas, 2000). Ao nível da subescala qualidade de relacionamento conjugal negativo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes primíparos e múltiparos.

5.3. Associação das subescalas

Os resultados do presente estudo sugerem uma correlação significativa e positiva na amostra total entre a qualidade da vinculação e a intensidade de vinculação, entre a qualidade da vinculação e o relacionamento conjugal positivo e entre a ansiedade estado e ansiedade traço. Estes dados sugerem que níveis elevados de experiências afetivas se associem a maior quantidade de tempo despendido a pensar e sonhar com o bebé. Níveis elevados de experiências afetivas estão associados a níveis elevados de aspetos positivos na relação conjugal. E ainda elevados níveis de reações emocionais desagradáveis caracterizados por sentimentos subjetivos de apreensão e nervosismo estão associados a elevados níveis de características ansiosas da personalidade.

Estes dados sugerem ainda uma correlação positiva entre a subescala intensidade de preocupação e a subescala relacionamento conjugal positivo, entre o relacionamento conjugal positivo e a ansiedade estado, e entre o relacionamento conjugal negativo e a ansiedade estado e ansiedade traço. Isto significa que, uma maior quantidade de tempo despendido a pensar, sonhar com o bebé associa-se a níveis elevados de aspetos positivos na relação conjugal. Elevados níveis de aspetos positivos na relação conjugal estão associados a baixos níveis de reações emocionais desagradáveis. E elevados níveis de aspetos negativos na relação conjugal estão associados a elevados níveis de reações emocionais desagradáveis e a elevados níveis de características ansiosas da personalidade.

Na subescala relacionamento conjugal positivo verificou-se uma correlação negativa com a subescala ansiedade traço, ou seja, elevados níveis de aspetos positivos na relação conjugal estão associados a baixos níveis de reações emocionais desagradáveis (e.g. apreensão, nervosismo). O que revela que a qualidade da relação conjugal e o bem-estar paterno constituem pilares cruciais para todos os elementos deste processo, nomeadamente a relação que se estabelece entre o pai e a criança (Condon, 2006).

Ao nível dos participantes primíparos também foi evidente a associação significativa e positiva entre a subescala qualidade da vinculação e a intensidade de preocupação, entre a

qualidade da vinculação e o relacionamento conjugal positivo, entre o relacionamento conjugal negativo e a ansiedade estado e entre a ansiedade estado e a ansiedade traço. Deste modo, elevados níveis elevados de experiências afetivas se associam a maior quantidade de tempo despendido a pensar e sonhar com o bebê. Níveis elevados de experiências afetivas associam-se a níveis elevados de aspetos positivos na relação conjugal. Elevados níveis de aspetos negativos na relação conjugal estão associados a elevados níveis de reações emocionais desagradáveis caracterizados por sentimentos subjetivos de apreensão e nervosismo. Os elevados níveis de reações emocionais desagradáveis caracterizados por sentimentos subjetivos de apreensão, nervosismo estão associados a elevados níveis de características ansiosas da personalidade. Estes resultados são incongruentes com os dados obtidos por Condon e Esuvaranathan (1990) em que os primíparos tendem a estar menos ansiosos do que os pais múltiparos. Teichman e Lahav (1987; cit. in Condon & Esuvaranathan, 1990) referem que a paternidade é considerada motivo de ansiedade porém, os futuros pais tendem a negar a ansiedade.

Foram encontradas correlações positivas entre a subescala intensidade de preocupação e o relacionamento conjugal positivo, ou seja, uma maior quantidade de tempo despendido a pensar e sonhar com o bebê associa-se a níveis elevados de aspetos positivos na relação conjugal.

Uma correlação negativa foi encontrada entre a subescala ansiedade estado e a ansiedade traço, o que indica que níveis elevados de aspetos positivos na relação conjugal estão associados a baixos níveis de características ansiosas da personalidade.

No que concerne aos participantes múltiparos também se verificou que os níveis de ansiedade estado e ansiedade traço se correlacionam, assim como a qualidade de vinculação e a intensidade da preocupação e o relacionamento conjugal negativo e a ansiedade estado. Neste sentido, os participantes múltiparos que experienciam níveis elevados de reações emocionais desagradáveis caracterizados por sentimentos subjetivos de apreensão, nervosismo estão associados a elevados níveis de características ansiosas da personalidade. Neste grupo de participantes é ainda evidente que elevados níveis de experiências afetivas se associem a maior quantidade de tempo despendido a pensar e sonhar com o bebê. Do mesmo modo, participantes múltiparos que apresentem elevados níveis de aspetos negativos na relação conjugal estão associados a elevados níveis de características ansiosas da personalidade. Estes resultados divergem dos estudos encontrados. Camarneiro e Justo (2010) salientam a existência de valores mais baixos de relacionamento conjugal nas gravidezes subsequentes à

primeira. Esta incongruência de resultados pode dever-se ao facto de no nosso estudo o número de elementos da amostra ser baixo.

É de salientar que não se verificou associação entre os níveis de vinculação pré-natal e os níveis de ansiedade. Segundo Rodríguez e colaboradores (2004) a vinculação paterno fetal não se relaciona com nenhuma forma de ansiedade, o que vai de encontro aos resultados do nosso estudo.

5.4. Variação dos resultados em função das variáveis sociodemográficas e acerca da gravidez

Neste ponto, encontra-se a concretização de um dos objetivos específicos do presente estudo, investigar a variação dos resultados obtidos nas variáveis psicossociais estudadas em função de algumas características sociodemográficas e acerca da gravidez dos participantes, mais especificamente da idade, do tempo de relacionamento conjugal e do tempo de gestação da companheira.

5.4.1. Idade

A variação dos resultados em função da idade dos participantes revelou que os participantes mais novos (*Mean Rank*=37.0) apresentam uma perceção mais elevada da qualidade de vinculação do que os participantes mais velhos (*Mean Rank*=25.6). Dados semelhantes sugerem que os homens têm níveis mais altos de vinculação global (Carmaneiro & Justo, 2010; Condon & Esuvaranathan, 1990). No que concerne à associação entre a idade e a vinculação pré-natal Carmaneiro e Justo (2010) referem que os homens mais novos estão mais vinculados ao feto globalmente, na qualidade da ligação e na intensidade da preocupação. No nosso estudo verifica-se a variação da idade com a qualidade da vinculação ($Z=2.55$, $p=0.01$). Estes resultados são divergentes aos resultados encontrados por Vedova e colaboradores (2008). Os autores referem não terem encontrado relação entre o número de filhos e a vinculação paterno-fetal. Estudos recentes referem o mesmo, que a idade não exerce efeito significativo na vinculação pré-natal paterna ($p=.356$) (Carmarheiro, 2011). Camarheiro (2011) salientou a falta de estudos que sustentem os resultados da vinculação pré-natal paterna em função da idade. Porém, a autora partiu do pressuposto que os homens mais novos por serem menos experientes, se preocupem mais com o feto, o que pode justificar os nossos resultados.

Em relação à intensidade da preocupação verificamos que não existem diferenças significativas entre os participantes mais novos ($M=19.97$, $DP=3.43$) e os mais velhos

($M=18.63$, $DP=4.18$). O que significa que a intensidade da preocupação na gravidez não varia com a idade dos homens.

Na subescala ansiedade estado, verificámos que não existem diferenças significativas entre os participantes mais novos ($M=34.55$, $DP=7.71$) e mais velhos ($M=33.75$, $DP=9.55$). Verificando-se o mesmo para a ansiedade traço (mais novos: $M=38.82$, $DP=7.38$; mais velhos: $M=39.88$, $DP=7.22$). Estes resultados revelam que a idade dos participantes não varia com a ansiedade. A nova responsabilidade de cuidar de uma criança acarreta imensa ansiedade para o desempenho do papel de pais (Papalia & Olds, 2000), o que não se apurou no nosso estudo.

No que diz respeito à variação dos resultados da qualidade do relacionamento conjugal em função da idade, evidenciamos que não existem diferenças significativas ao nível da qualidade de relacionamento conjugal positivo. Contudo, os participantes mais novos (*Mean Rank*=33.67) apresentam melhor qualidade de relacionamento conjugal positivo do que os mais velhos (*Mean Rank*=28.58).

Em relação à subescala qualidade de relacionamento conjugal negativo foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($Z=1.78$, $p=0.08$) entre os grupos em função da idade. Estes dados indicam que os participantes mais velhos (*Mean Rank*=34,75) apresentam níveis elevados de aspetos negativos na relação do que os mais novos (*Mean Rank*=26,86). Na literatura não foram encontradas bases que suportem esta comparação de grupos, o que sublinha a escassez de estudos neste domínio.

5.4.2. Tempo de relacionamento conjugal

Relativamente ao tempo de relacionamento conjugal associado à qualidade de vinculação, não se verificaram diferenças significativas. No entanto, sublinha-se que os participantes com menos tempo de relacionamento conjugal (*Mean Rank*=33.32) apresentam uma qualidade de vinculação pré-natal mais elevada em relação aos outros grupos (0 a 5 anos; 6 a 9 anos; 10 a 20 anos). No que concerne à subescala intensidade de preocupação também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em relação ao tempo de relacionamento conjugal. No entanto, os participantes com menos tempo de relacionamento conjugal, entre os 0 e os 5 anos, apresentam menor intensidade de preocupação ($M=18.12$, $DP=3.67$) e os participantes com tempo de relacionamento conjugal entre os 6 e os 10 anos de relacionamento apresentam maior intensidade de preocupação. Estes dados vão de encontro aos resultados obtidos por Righetti e colaboradores (2005) constataram que não existe relação entre o tempo de relacionamento conjugal e a vinculação pré-natal.

Na subescala ansiedade estado também não se verificaram diferenças significativas em relação ao tempo de relacionamento conjugal. O mesmo se verificou na subescala ansiedade traço. Porém, apesar de não haver significância estatística destaca-se que na subescala de ansiedade estado e na subescala ansiedade traço os participantes com mais tempo de relacionamento conjugal apresentam maiores índices de sintomatologia. Não foram encontradas referências que apoiem esta associação.

No que diz respeito ao tempo de relacionamento conjugal, não se verificaram diferenças significativas nas subescalas qualidade de relacionamento conjugal positivo e negativo. No entanto, é de notar que os participantes com tempo de relacionamento conjugal entre os 10 e os 20 anos apresentam maiores aspetos positivos na relação conjugal comparativamente com os participantes que têm menos tempo de relacionamento conjugal, entre os 0 e os 5 anos. Por outro lado, os resultados revelaram que um relacionamento conjugal intermédio, entre os 6 e os 10 anos, está associado a mais aspetos negativos na relação conjugal tendo em conta os outros grupos. A escassez de literatura acerca da qualidade da relação conjugal na gravidez pelos homens, não permite analisar a consistência com outros estudos. De acordo Bornhoudt e Wager (2005) estes estudos são canalizados para a transição para a parentalidade.

5.4.3. Tempo de gestação da companheira

Em relação à variação dos resultados na variável qualidade de vinculação em função do tempo de gestação da companheira na amostra total, não se verificaram diferenças significativas entre os grupos. Contudo, os participantes cujas companheiras se encontram entre as 24 e as 32 semanas apresentam uma perceção mais elevada da qualidade de vinculação do que os outros grupos. Também não se verificaram diferenças significativas na subescala intensidade da preocupação em função do tempo de gestação da companheira. No entanto, os participantes cujas companheiras se encontram com mais tempo de gestação apresentam mais intensidade da preocupação do que os participantes cujas companheiras se encontram com menos tempo de gestação. A literatura consultada em investigação neste domínio também não evidencia dados significativos nestas variáveis (Camarneiro, 2011; Righetti & colaboradores, 2005).

Em relação às subescalas ansiedade estado e ansiedade traço não se verificaram diferenças significativas entre os grupos em função do tempo de gestação. Investigações recentes têm revelado níveis de sintomatologia psicopatológica menos acentuada nos homens durante a gravidez (Teixeira et al., 2009; Correia & Linhares, 2007; Lee et al., 2007). Embora

a sintomatologia nos homens seja menos acentuada, Cardoso (2010) refere que existe variação ao longo da gestação. No seu estudo, a autora contou com 260 casais avaliados durante a gravidez, parto e pós-parto. Nesse estudo, a autora verificou que a sintomatologia ansiosa ao longo da gravidez assume uma variação em U, com resultados mais baixos no 2.º trimestre. Dados semelhantes foram ainda encontrados nos estudos de Lee e colaboradores (2007) e Teixeira e colaboradores (2009).

No presente estudo, na subescala qualidade de relacionamento conjugal positivo e negativo não se verificaram diferenças significativas entre os grupos (4-23 semanas; 24-32 semanas; mais de 33 semanas). A falta de significância estatística obtida nestes resultados poderá dever-se ao baixo n das subamostras em estudo. No entanto, Cardoso (2010) refere que o declínio na qualidade do relacionamento conjugal na transição para a parentalidade deve-se ao aumento dos níveis de negatividade e conflito entre o casal aquando o nascimento da criança. Tal significa que o período pós-natal é responsável pelas alterações na qualidade do relacionamento conjugal, não estando o relacionamento conjugal comprometido pela gravidez de acordo com o nosso estudo. Dados semelhantes foram relatados por Monteiro (2008). Numa amostra de 46 casais, a autora concluiu que a qualidade do relacionamento conjugal é significativamente melhor que no pós-parto. No entanto, o terceiro trimestre de gestação revelou ser um período de grande ansiedade para o casal dada a proximidade com o momento do parto, e o desconforto físico para a mulher, o que torna a atividade sexual incómoda, e consequentemente leva a um declínio na qualidade da relação conjugal.

6. Conclusão, limitações do estudo e implicações futuras

Neste ponto será formulada a conclusão e serão apresentadas as implicações deste estudo para a prática da psicologia e da investigação científica. São também analisadas as limitações deste estudo enquanto investigação científica no desenvolvimento do mesmo.

A presente dissertação reflete um trabalho empírico acerca da vinculação pré-natal, qualidade do relacionamento conjugal e ansiedade numa amostra de homens durante o período de gravidez da companheira em seguimento gestacional nos cuidados de saúde primários em unidades de saúde.

Como podemos constatar na revisão teórica efetivada, nas últimas décadas tem-se verificado alterações sofridas nas funções e no papel do pai na gestação, sendo notório um maior interesse do homem pela gravidez da companheira (Bornholdt et al., 2007; Camus, 2002; Gomez & Leal, 2002; Gomez, 2005). Sá (1997) vai de encontro a esta perspetiva frisando que ao decidir ter um filho, o homem elabora mentalmente a gravidez, podendo mesmo chegar ao ponto de vista emocional a estar “mais grávido” do que a sua companheira. Esta participação mais ativa do homem na gravidez despoletou um pouco por todo o mundo um crescente relevo pela função paterna Gomez, 2005).

Neste sentido, o presente estudo pretendeu caracterizar uma amostra de homens durante o período de gravidez da companheira, em relação à vinculação pré-natal paterna ao feto, à ansiedade na gravidez e à qualidade do relacionamento conjugal. Foram ainda realizadas análises de associação entre as variáveis e estudada a variação dos resultados em função de algumas variáveis com a idade, a paridade, o tempo de relacionamento conjugal e o tempo de gestação da companheira.

Os resultados descritivos encontrados na amostra total revelaram que os participantes do presente estudo, ao nível da vinculação pré-natal, apresentam uma vinculação pré-natal forte e saudável ao feto. Estes dados revelam que o homem mostra-se cada vez mais empenhado no envolvimento com o feto logo desde a gravidez. Ao nível da ansiedade os participantes apresentaram níveis de ansiedade traço mais elevados que ansiedade estado, o que denota reduzida sintomatologia ansiosa durante a gravidez da companheira. Ao nível da qualidade do relacionamento conjugal constatou-se que os participantes apresentam mais aspetos positivos na relação conjugal do que negativos, indicando que ao longo da gravidez o homem apresenta uma perceção do relacionamento com a companheira favorável. Evidenciando diferentes estudos longitudinais um declínio na satisfação conjugal e um aumento nos níveis de ansiedade após o nascimento do bebé, mostra-se importante sublinhar a

necessidade de acompanhamento dos futuros pais e do casal na transição para a parentalidade. Relativamente aos conhecimentos acerca da gravidez/parentalidade, verificou-se que os homens possuem informação adequada.

No estudo da variação dos resultados em função da idade na amostra total, verificámos resultados significativos na qualidade da vinculação, verificando-se o mesmo na qualidade do relacionamento conjugal negativo. Foi possível constatar que os homens mais novos apresentam maiores experiências afetivas do que os homens mais velhos, e estes últimos apresentam níveis mais elevados de aspetos negativos na relação conjugal que os primeiros. Assim, os resultados apontam que quanto maior for a idade, menores serão os níveis de qualidade da vinculação e maiores serão os níveis de relacionamento conjugal negativo apresentados pelos homens no período pré-natal. É de referir que não foram encontradas diferenças significativas entre a idade, nas subescalas de ansiedade, intensidade de preocupação e relacionamento conjugal positivo. No que concerne às restantes variáveis estudadas, tempo de relacionamento e tempo de gestação da companheira, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nem marginalmente significativas.

Na comparação de grupos – participantes primíparos e múltiparos, os resultados desta investigação revelaram não existir diferenças estatisticamente significativas nas diferentes variáveis estudadas.

O estudo da associação entre as variáveis revelou que a qualidade da vinculação se associa positiva e significativamente à preocupação com o feto (com uma intensidade alta) e a um relacionamento conjugal positivo (intensidade moderada). Verificou-se ainda que ansiedade se correlaciona significativa e negativamente com uma perceção mais positiva da relação conjugal.

Foi também analisada a associação entre variáveis intra grupo, nos participantes múltiparos e primíparos. Ao nível dos participantes primíparos foi evidente uma associação entre as subescalas qualidade da vinculação e a intensidade de preocupação, entre a qualidade da vinculação e o relacionamento conjugal positivo, entre intensidade de preocupação e o relacionamento conjugal positivo, entre o relacionamento conjugal positivo e a ansiedade estado e a ansiedade traço, entre o relacionamento conjugal negativo e a ansiedade traço e entre a ansiedade estado e a ansiedade traço. De facto, tal como apontam Bornhoultd e Wagner (2005) o período gestacional acarreta uma gama de processos psicológicos para o pai, que influenciam desde a sua relação conjugal até ao vínculo que este estabelecerá com seu filho.

Ao nível dos participantes múltiparos verificou-se uma associação entre as subescalas ansiedade estado e a ansiedade traço, entre a qualidade de vinculação e a intensidade da preocupação e entre a qualidade do relacionamento conjugal negativo e a ansiedade estado.

Os resultados encontrados neste estudo, na sua generalidade, confirmaram a literatura científica consultada. No entanto, algumas limitações metodológicas podem ser apontadas nesta investigação. A natureza voluntária da participação no estudo pode ter conduzido a um viés de seleção, no sentido de que aqueles que concordaram em participar, e também aqueles que cumpriram todas as avaliações, podem ser de facto aqueles que se sentem mais envolvidos e satisfeitos com a experiência da gravidez. A não aleatorização da amostra, limita a generalização dos resultados. O facto de muitos homens não seguirem todas as consultas obstétricas durante a gravidez da companheira limitou a recolha da amostra, o que se repercutiu no número reduzido de participantes, condicionando a interpretação dos dados encontrados no presente estudo, na medida em que, não é representativa da população de homens que acompanham a gestação da companheira em Unidades de Saúde Familiar. O facto do estudo se basear numa amostra de pequena dimensão, induziu-nos a assumir uma atitude cautelosa, no que diz respeito à interpretação dos resultados, sendo este estudo considerado exploratório. A utilização de questionários de autorrelato pode ter constituído uma outra limitação do estudo, no sentido em que há a possibilidade de alguns dos itens poderem ter sido mal interpretados.

Apesar destas limitações, considera-se terem sido cumpridos os objetivos propostos para esta investigação. É de salientar que a presente investigação considera-se pertinente, contribuindo para alertar para a perceção da atitude masculina face aos conhecimentos acerca da saúde materna e para o incentivo a novas investigações que relacionam o ajustamento psicológico do homem ao período da gravidez. Apesar da família facilitar a adaptação e ajustamento dos pais, é de salientar a importância dos cuidados e saúde promoverem condições para a melhor integração do pai neste processo de gravidez. Neste sentido, considera-se pertinente salientar que este estudo, ainda que exploratório, poderá dar suporte a outras investigações no âmbito da vinculação pré-natal, ajustamento psicológico e relacionamento conjugal do homem no período da gravidez, permitindo aprofundar as vivências, sentimentos e emoções, bem como a necessidade de formação de grupos de apoio nas maternidades/Centros de Saúde, criando um espaço para o esclarecimento e para a troca de ideias e de experiências. Tal como apontam Klein e Guedes (2008), é crucial o acompanhamento psicológico dos futuros pais no período de gravidez, na medida em que este proporciona uma vivência mais equilibrada de todas as emoções e manifestações que ocorrem

ao longo deste processo. Também Goudreau e Duhameln (2003) salientam a importância de desenvolver intervenções para apoiar não só as mães, mas também o ajustamento paterno durante a transição para a parentalidade. Os autores revelam todo o interesse em implementar programas de intervenção preventiva no momento da chegada de uma criança, na medida em que facilitam a adaptação tanto das mães como dos pais, isto é, do casal na transição desta fase (Cardoso, 2010; Abreu, 2009; Figueiredo, 2004).

Em Portugal ainda são escassos os estudos que associem variáveis psicológicas à vinculação paterna antes do nascimento do bebé, bem como o seguimento destes pais longitudinalmente, o que impede uma melhor compreensão de como estas variáveis podem influenciar a gravidez e posteriormente as repercussões no pós-parto. No entanto, e apesar de se tratarem de dados preliminares, de acordo com os resultados obtidos no presente estudo consideramos crucial o desenvolvimento de planos de intervenção direcionados para a promoção/compreensão do vínculo pai-bebé, sintomatologia ansiosa e promoção de uma melhor qualidade da relação conjugal durante a gravidez. No entanto, achámos ainda pertinente explorar, em estudos futuros, numa amostra mais alargada de participantes, a influência de outras variáveis sociodemográficas e clínicas na vinculação pré-natal não abordadas na presente investigação, no sentido de contribuir para uma melhor compreensão do período pré-natal (e.g. planeamento da gravidez, confirmação da gravidez, aceitação da gravidez, antecipação da gravidez movimentos fetais, aceitação do feto como indivíduo separado e individualizado, parto, tocar no bebé, cuidar do bebé).

Assim, o presente estudo contribuiu com dados importantes que poderão fomentar novas investigações na área da Psicologia da Gravidez e Parentalidade, interligando a vinculação pré-natal masculina com variáveis sociodemográficas e acerca da gravidez. Desta forma espera-se que estes dados possam contribuir para ações futuras que visem a promoção de uma parentalidade saudável e vinculações seguras quer na gravidez e quer após o parto.

Referências Bibliográficas

- Abreu, L. M. (2009). *Transição para a parentalidade: estudo comparativo entre mulheres e homens primíparos*. Tese de Mestrado. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Afonso, E. (2000). Relações familiares no pós-parto. *Revista do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses*, 38, 35-38.
- Ainsworth, M. (1969). Object relations, dependency, and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40(4), 969-1025.
- Ainsworth, M. (1976). Relações objetais, dependência e vinculação: uma análise teórica das relações da criança com a mãe. In L. Soczka (Ed.). *As ligações infantis* (pp. 155-224). Amadora: Bertrand.
- Ainsworth, M. (1994). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life-cycle* (pp. 32-51). London: Tavistock/Routledge.
- Alvarez, L. & Golse, B. (2008). *La Psychiatrie du bébé*. Paris: PUF.
- Andersson, L., Sundstrom-Poromaa, I., Wulff, M., Astrom, M., & Bixo, M. (2004) Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 104(3), 467-476.
- Bayle, F. C. (2006). *À volta do Nascimento*: Lisboa: Climepsi Editores.
- Bornholdt, E. A. & Wagner (2005). A gravidez à luz da perspectiva paterna: aspetos relativos a transgeracionalidade. In: Wagner, A. *Como se perpetua a família? A transmissão dos modelos familiares*. (pp. 81-92). Porto Alegre: Edipucrs.
- Bornholdt, E. A., Wagner, A., & Staudt, A. C. (2007). A vivência da gravidez do primeiro filho à luz da perspectiva paterna. *Psicologia clínica*. 19(1), 75-92.

- Bouchard, G. (2005). Adult couples facing a planned or an unplanned pregnancy: two realities. *Journal of Family Issues*, 26(5), 619-637.
- Bouchard, G. (2011). The role of psychosocial variables in prenatal attachment: an examination of moderational effects, *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 29(3), 197-207.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1984). *Apego. Trilogia Apego e perda* (volume I). São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1990). *Formação e rompimento dos laços afetivos*. (2ªed.) São Paulo: Martins Fontes.
- Brandon, A. R. (2006). *Maternal and fetal representations, dimensions of personality, and prenatal attachment in women hospitalized with high risk pregnancy*. PhD thesis. University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. (1992). *Touchpoints*. New York: Addison-Wesley.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. (1993). *A relação mais precoce: os pais, os bebês e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.
- Breitkopf, C. R., Primeau, L. A., Levine, R. E., Olson, G. L., Wu, Z. H., & Berenson, A. B. (2006). Anxiety symptoms during pregnancy and postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 27(3), 157-62.
- Brennan, A., Ayers, S., Ahmed, H., & Marschall-Lucette, S. (2007). Acritical review of the Couvade syndrome: the pregnant male. *Journal of reproductive and infant psychology*, 25(3), 173-189.
- Buist, A., Morse, C. A., & Durkin, S. (2003). Men's adjustment to fatherhood: implications for obstetric health care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(2), 172-80.

- Camarneiro, A. P. (2007). *Gravidez de risco e desenvolvimento do bebé*. Coimbra: Formasau.
- Camarneiro, A. P. (2011). *Vinculação pré-natal e organização psicológica do homem e da mulher durante a gravidez: relação com o tipo de parto e com a patologia obstétrica dos II e III trimestres de gestação*. Tese de doutoramento. Faculdade de Psicologia Lisboa.
- Camarneiro, A. P. & Justo, J. (2010). Padrões de vinculação pré-natal. Contributos para a adaptação da Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale em casais durante o segundo trimestre de gestação na região Centro de Portugal. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 28, 7-22.
- Camarneiro, A. P. & Justo, J. (2012). Efeito do número de filhos na satisfação conjugal e na vinculação pré-natal materna e paterna. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 19-28.
- Campos, L. P. (2006). As repercussões psicológicas da gravidez no pai. *Mental*, 4(7), 147-60.
- Camus, J. L. (2002). *O verdadeiro papel do pai*. Porto: Âmbar.
- Canavarro, M. C. (1999). *Relações afetivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cardoso, S. F. (2010). *Ajustamento Psicológico e Relacionamento Conjugal em mães e pais na gravidez, parto e período pós-parto*. Tese de Mestrado. Universidade do Minho.
- Colman, L. L. & Colman, A. D. (1994). *Gravidez — A experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Conde, A. A. (2008). *Vinculação e psicopatologia, em mães e pais, na gravidez e transição para a parentalidade: impacto no desenvolvimento fetal e neonatal*. Tese de doutoramento. Universidade do Minho.

- Conde, A. & Figueiredo, B. (2007). Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. *Análise Psicológica*, 3(XXV), 381-398.
- Condon, J. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183.
- Condon, J. (2006). What about dad? Psychosocial and mental health issues for new fathers. *Australian Family Physician*, 35(9), 690-692.
- Condon, J. T. & Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Psychology*, 70, 359-372.
- Condon, J. T. & Esuvaranathan, V. (1990). The influence of parity on the experience of pregnancy: a comparison of first-and second-time expectant couples. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 369-377.
- Correia, L. & Linhares, M. (2007). Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(4), 1-9.
- Cox, M.G., Paley, B., Burchinal, M., & Payne, C. C. (1999). Marital perceptions and interactions the transition to parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 61(1), 611-625.
- Delmore-Ko, P., Pancer, S. M., Hunsberger, B., & Pratt, M. (2000). Becoming a parent: The relation between prenatal expectations and postnatal experience. *Journal of Family Psychology*, 14, 625-640.
- Dickstein, S., Seifer, R., & Albus, K. E. (2009). Maternal adult attachment representations across relationship domains and infant outcomes: the importance of family and couple functioning. *Attachment & Human Development*, 11(1), 5-27.
- Eizirik, C. O. (2001). *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed.

- Faisal-Cury, A. & Menezes, P. R. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Women's Mental Health, 10*, 25–32.
- Feldman, J. B. (2007). The effect of support expectations on prenatal attachment: an evidence-based approach for intervention in an adolescent population. *Child and Adolescent Social Work Journal, 24*(3), 209-234.
- Ferreira, L. S., Leal, I., & Maroco, J. (2010). Sintomatologia de couvade e o envolvimento paterno vivenciado durante a gravidez. *Psicologia, saúde & doenças, 11*(2), 251-269.
- Ferreira, L. S., Laia, M. P., & Nené, M. (2010). Envolvimento paterno e planeamento da gravidez. *Revista de ciências da saúde, 2*, 21-30.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., Yandoo, R., & Bendell, D. (2003). Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: effects on the fetus and neonate. *Depression and Anxiety, 17*, 140-151.
- Figueiredo, B. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento da maternidade. In I. Soares (Coord.), *Psicopatologia do desenvolvimento: trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida*. (pp. 347-380). Coimbra: Quarteto.
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas do puerpério. In M. C. Canavarro (Coord.), *Psicologia da gravidez e da maternidade*. (1ªEd.). Coimbra: Quarteto.
- Figueiredo, B. (2004). Psicopatologia da Maternidade e Paternidade. *Revista do Centro de Estudos Populações e Sociedade, 11*, 79-98.
- Figueiredo, B. (2005). Psicopatologia da maternidade e da paternidade. *Revista População e Sociedade, Edições Afrontamento, 12*, 83-102.
- Figueiredo, B., Costa, R., Marques, A., Pacheco, A., & Pais, A. (2005). Bonding: escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. *Psychologica, 40*, 133-154.

- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2007). Mother-to-infant and father-to-infant initial emotional involvement. *Early Child Development and Care*, 5, 521-532.
- Figueiredo, B., Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Deeds, O., & Ascencio, A. (2008). Partner relationships during the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 26(2), 99-107.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., & Magarinho, R. (2006). Qualidade das relações significativas da mulher na gravidez. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 3-25.
- Gerner, L. (2005). Exploring prenatal attachment: factors that facilitate paternal attachment during pregnancy. *Dissertation*, California School of Professional Psychology.
- Gomez, R. M. (2005). O pai. Paternidade em transição. In: I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de século.
- Gomez, R. & Leal, I. (2007). Vinculação Parental durante a gravidez: versão portuguesa da forma materna e paterna da Antenatal Emotional Attachment Scale. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(2), 13-165.
- Gomez, R., Leal, I., & Figueiredo, E. (2002). Síndrome de couvade: um estudo exploratório da ocorrência de sintomas em pais expectantes. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 4(2), 95-120.
- Goudreau, J. & Duhamel, F. (2003). Interventions in Perinatal Family Care: A Participatory Study, *Families, Systems & Health*, 21(2), 165-180.
- Guedeney, N. (2004). Conceitos-chave da teoria da vinculação. In N. Guedeney & A. Guedeney (Coord.), *Vinculação – Conceitos e aplicações*. (pp.22-43). Lisboa: Climepsi.
- Habib, C. & Lancaster, S. (2006). The transition to fatherhood: identity and bonding in early pregnancy. *Fathering*, 4(3), 235-253.

- Hart, R. & McMahon, C. A. (2006). Mood state and psychological adjustment to pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 329-337.
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., Glover, V., & ALSPAC Study Team. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80, 65-73.
- Hjelmstedt, A. & Collins, A. (2008) Psychological functioning and predictors of father–infant relationship in IVF-fathers and controls. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 72–78.
- Hjelmstedt, A., Widström, A., & Collins, A. (2006) Psychological correlates of prenatal attachment in women who conceived after in vitro fertilization and women who conceived naturally. *Birth* 33(4), 303–310.
- Jager, M. E. & Bottoli, C. (2011). Paternidade: vivência do primeiro filho e mudanças familiares. *Psicologia: teoria e prática*, 13(1), 141-153.
- Justo, J. (1994). *Evolução da ansiedade e dos mecanismos de defesa ao longo da gravidez*. Tese de doutoramento. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Klaus, M., Kennell, J., & Klaus, P. (2000). *Vínculo: Construindo as bases para um Apego Seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klein, M. M. & Guedes, C. R. (2008). Intervenção Psicológica a Gestantes: Contribuições do Grupo de Suporte para a Promoção da Saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28(4), 862-871.
- Kunkel, G. F. & Doan, H. McK. (2003). Fetal Attachment and Depression: Measurement Matters. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 18(2), 149-166.
- Lamb, M. E. (1992). O papel do pai em mudança. *Análise Psicológica*, 1 (X), 19-34.

- Lapaire, O., Alder, J., Peukert, R., Holzgreve, W., & Tercanli, S. (2001). Two- versus three-dimensional ultrasound in the second and third trimester of pregnancy: impact on recognition and maternal-fetal bonding. A prospective pilot study. *Archives of Gynecology and Obstetric*, 276, 475-179.
- Lawrence, E., Nylén, K., & Cobb, R. (2007). Prenatal expectations and marital satisfaction over the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 21(2), 155-164.
- Lee, A. M., Chong, C. S., Chiu, H.W., Lam, S.K., & Fong, D.Y. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 110 (5), 1102-12.
- Lorensen, M., Wilson, M. E., & White, M. A. (2004). Norwegian families: transition to parenthood. *Health Care for Women International*, 25, 334-348.
- Maldonado, M. T. (2002). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva.
- Maldonado, M. T., Dickstein, J., & Nahoum, J. C. (1997). *Nós estamos grávidos* (10^a ed.). São Paulo: Saraiva.
- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., & Kavanagh, D. J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorders*, 74(2), 139-47.
- Mendes, I. M. (2002). *Ligação Materno-Fetal*. Coimbra: Quarteto.
- Milbradt, V. (2008). Afetividade e gravidez indesejada, os caminhos de vínculo mãe -filho. *Revista Pensamento Biocêntrico*, 9, 111-133.
- Monteiro, N. J. (2008). *Mudanças na qualidade do relacionamento conjugal durante a gravidez e transição para a parentalidade*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho.

- Moura-Ramos, M. & Canavarro, M. C. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: comparação da reatividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica* 25(3), 399-413.
- Neme, B. (2005). *Obstetrícia básica*. 3ª ed. São Paulo: Sarvier.
- Öhman, S. G., Grunewald, C., & Waldenström, U. (2003). Women's worries during pregnancy: Testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 148-152.
- O'Leary, J. (2004). Grief and its impact on prenatal attachment in the subsequent pregnancy. *Archives of Women's Mental Health* 7, 7-18.
- Papalia, E. D. & Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed.
- Parke, R. D. (1996). *Fatherhood*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Pedras, C. R. (2007). *Preparação para a parentalidade*. Lisboa: Servir.
- Perren, S., Von Wyl, A., Bürgin, D., Simoni, H., & Von Klitzing, K. (2005). Depressive symptoms and psychosocial stress across the transition to parenthood: associations with parental psychopathology and child difficulty. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(3), 173-83.
- Piccinini, C. A., Levandowski, D. C., Gomes, A. G., Lindenmeyer, D., & Lopes, R. S. (2009). Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. *Estudos de Psicologia*, 26(3), 373-382.
- Piccinini, C. A., Silva, M. R., Gonçalves, T. R., Lopes, R. S., & Tudge, J. (2004). O Envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(4), 303-314.

- Pollock, P. H., & Percy, A. (1999). Maternal antenatal attachment style and potential fetal abuse. *Child Abuse & Neglect*, 23(12), 1345-1357.
- Rabouam, C. (2004). Avaliação da vinculação no bebé. In N. Guedeney & A. Guedeney (Coord.), *Vinculação – Conceitos e aplicações*. (pp.90-99) Lisboa: Climepsi.
- Raphael-Leff, J. (2009). *Psychological Processes of Childbearing* (4ªEd.). Great Britain: The Anna Freud Centre.
- Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família. Perspetiva sistémica*. Santa Maria da Feira: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. & Lourenço, M. C. (2001). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade. Perspetiva sistémica. In M. C. Canavarro (Coord.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.105-132). Coimbra: Quarteto.
- Righetti, P. L., Dell'Avanzo, M., Grigio, M., & Nicolini, U. (2005). Maternal/paternal antenatal attachment and fourth-dimensional ultrasound technique: a preliminary report. *British Journal of Psychology*, 96, 129-137.
- Rodrigues, A. S. (2009). *Impacto de uma interrupção espontânea da gravidez na vinculação pré-natal, numa gravidez seguinte*. Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa.
- Rodríguez, A. R., Pérez-López, J., & Nuez, A. G. (2004). La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las madres e padres tempranos. Un estudio preliminar. *Anales de Psicología*, 20(1), 95-102.
- Rustico, M. A., Mastromatteo, C., Grigio, M., Maggioni, C., Gregori, D. & Nicolini, U. (2005). Two-dimensional vs. two-plus four-dimensional ultrasound in pregnancy and the effect on maternal emotional status: a randomized study. *Ultrasound Obstetric and Gynecology*, 25(5), 468-72.
- Sá, E. (1997). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim de Século.

Sá, E. (2003). *Psicologia do Feto e do Bebê*. Lisboa: Fim de Século.

Salmela-Aro, K., Nurmi, J., Saisto, T., & Halmesmäki, E. (2000). Women's and men's personal goals during the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology, 14*, 171-186.

Samorinha, C., Figueiredo, B., & Cruz, J. M. (2009). Vinculação pré-natal e ansiedade em mães e pais: impacto da ecografia do primeiro trimestre de gestação. *Psicologia, saúde e doenças, 10(1)*, 17-29.

Silva, D. R. (2003). O inventário de estado-traço de ansiedade (STAI). In Gonçalves, M. M., Simões, M.R., Almeida, L.S., & Machado, C. (2006), *Avaliação Psicológica, instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto Editora.

Silva, D. R., Silva, J. A., Rodrigues, A., & Luís, R. (2000). Estudo de adaptação e estabelecimento de normas do inventário de Estado-Traço de ansiedade (STAI) – Forma Y de Spielberger para a população military portuguesa. *Revista de Psicologia Militar, 12*, 8-26.

Sjögren, B., Edman, G., Widström, A-M., Mathiesen, A-S., & Uvnäs-Moberg, K. (2004) Maternal foetal attachment and personality during first pregnancy. *Journal Reproductive an Infant Psychology, 22(2)*, 57–69.

Stern, D.N. & Bruschiweiller-Stern, N. (2005). *Nascimento de uma Mãe*. Porto: Âmbar.

Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., & Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders, 119*, 142-148.

Vedova, A. M. D., Dabrassi, F., & Imbasciati, A. (2008). Assessing prenatal attachment in a sample of Italian women. *Journal Reproductive an Infant Psychology, 26(2)*, 86-98.

- Weiss, R. S. (1991). The attachment bond in childhood and adulthood. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life-cycle* (pp. 66-76). London: Tavistock/Routledge.
- Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & Brendle, J. R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Journal of Anxiety Disorders, 19*(3), 295-311.
- White, M. A., Wilson, M. E., Ellander, G., & Persson, B. (1999). The Swedish family: transition to parenthood. *Scandinavian Journal of Caring Science, 13*, 171-176.
- Wilson, M. E., White, M. A., Cobb, B., Curry, R., Greene, D., & Popovich, D. (2000). Family dynamics, parental-fetal attachment and infant temperament. *Journal of Advanced Nursing, 31* (1), 204-210.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Winnicott, D. W. (1993). *Da pediatria à psicanálise* (4^a ed.). Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves.

Anexos

Anexo 1

Parecer da ARS Norte



Ministério da Saúde



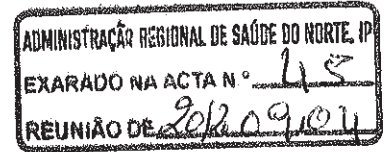
ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

DELIBERADO AUTORIZAR

2012.09104

COMUNICAÇÃO INFORMAÇÃO PARECER Nº 18 DATA: 02-08-2012



DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer nº 20 /2012


Rui Cernadas
Vice-Presidente do C. D.

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer nº 20/2012 (sobre o estudo: "Vinculação Paterna ao Feto no ACES Terras de Basto"), aprovado na reunião do dia 03 de Julho de 2012, por unanimidade.


José Carlos Pedro
Vogal C. D.

A Consideração Superior

Deolinda Neves
Assessora CES/UIC


Dr. Ponciano Oliveira
Vogal C. D.

Anexo 2

Consentimento Informado

Consentimento Informado

Título do estudo: Vinculação paterna ao feto: ansiedade e percepção da qualidade do relacionamento conjugal.

Enquadramento: A presente investigação desenvolvida no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde é da responsabilidade de Marina Gonçalves, aluna da Universidade Católica Portuguesa de Braga. A investigação realiza-se no Aces Terras de Basto, Ave I, Centro de Saúde de Fafe. Os participantes são companheiros de grávidas que frequentam as consultas de Saúde Materna.

Aplicação do estudo: Preenchimento de questionários, tendo como principal finalidade aprofundar o conhecimento científico acerca da vinculação pai-bebé, ansiedade e qualidade do relacionamento conjugal durante a gravidez.

Condições e financiamento: A participação no presente estudo não tem qualquer custo, é de carácter voluntário. O participante tem o direito de desistir em qualquer altura, sem nenhum tipo de penalização.

Confidencialidade e anonimato: O estudo é realizado com fins estritamente académicos e científicos. São garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados. Na eventualidade de publicação deste trabalho de carácter científico, a identidade dos participantes ficará protegida, não sendo revelado o seu nome nem qualquer característica específica que o possa identificar.

A investigadora,

Eu, _____ declaro ter lido e compreendido este documento, bem como todas as informações que me foram dadas verbalmente pela investigadora sobre o estudo. Foi-me garantido a possibilidade de desistir do estudo em qualquer altura, sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito voluntariamente participar neste estudo e permito a utilização dos dados nesta investigação, estando garantidos a confidencialidade e o anonimato dos mesmos.

O Participante,

_____ Data: ___/___/___

Anexo 3

Folha de rosto dos instrumentos de avaliação

Questionário de Dados Sócio-Demográficos e Clínicos

Versão Paterna

As questões que se seguem neste questionário destinam-se a obter dados para uma investigação no âmbito do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica de Braga. Neste questionário não há respostas certas ou erradas. Pede-se apenas que responda de forma sincera. Garantimos a confidencialidade e o anonimato dos dados.

1. Idade _____ anos.

2. Estado civil:

Solteiro

Casado

União de Facto

Divorciado

Separado

Viúvo

2.1. Se é casado ou tem companheira, qual a idade da sua companheira?
_____ anos.

3. Tempo de relacionamento com a companheira _____ meses.

4. Tem filhos?

Sim

Não

Se sim, com que idades _____ anos; _____ anos; _____ anos.

5. Área de residência:

Urbana

Rural

(...)

Escala de Vinculação Pré-Natal Paterna

(Condon, 1993; adaptação para português de Camarneiro & Justo, 2007, 2010)

Estas questões são sobre os seus pensamentos e sentimentos acerca do bebé em desenvolvimento.

Por favor, assinale apenas uma resposta para cada questão.

- 1) Nas duas últimas semanas, tenho pensado no bebé em desenvolvimento ou tenho-me sentido preocupado com ele:
 - quase sempre
 - com muita frequência
 - frequentemente
 - ocasionalmente
 - nem por isso

- 2) Nas duas últimas semanas, ao falar ou ao pensar no bebé em desenvolvimento, tive sentimentos e emoções que foram:
 - muito fracos ou inexistentes
 - bastante fracos
 - entre fortes e fracos
 - bastante fortes
 - muito fortes

(...)

Questionário de Auto-Avaliação

STAI – Forma X1

(Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983; adaptação para português de Silva, 2003).

INSTRUÇÕES: Encontram-se em baixo um certo número de expressões que as pessoas usam para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e a seguir assinale o círculo apropriado à direita, indicando como se **sente agora**, neste preciso momento. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste demasiado tempo em cada pergunta, dê a resposta que lhe parece descrever melhor a maneira como *actualmente* se sente.

	Não	Um Pouco	Moderadamente	Muito
1. Sinto-me calmo	①	②	③	④
2. Sinto-me seguro	①	②	③	④
3. Estou tenso	①	②	③	④
4. Sinto-me com "culpas"	①	②	③	④
5. Sinto-me à vontade	①	②	③	④
6. Sinto-me aborrecido	①	②	③	④
7. Sinto-me presentemente preocupado com possíveis contratempos	①	②	③	④
8. Sinto-me descansado	①	②	③	④
9. Sinto-me ansioso	①	②	③	④
10. Sinto-me confortável	①	②	③	④

(...)

Relationship Questionnaire (RQ)

(Figueiredo, Diego, Hernandez-Rief, Deeds & Ascencio, 2008)

Este questionário é constituído por 12 perguntas sobre a qualidade do relacionamento com a sua parceira. Demora aproximadamente 3 minutos a preencher. As suas respostas são confidenciais. Não há respostas certas ou erradas. Responda de forma sincera, de modo a descrever o melhor possível o seu relacionamento com a sua parceira.

	NUNCA		SEMPRE	
1. Compartilha com a sua parceira atividades que são de interesse de ambos?	1	2	3	4
2. Quando precisa de ajuda a sua parceira ajuda-o, como gostaria que ela o ajudasse?	1	2	3	4
3. A sua parceira está sempre do seu lado?	1	2	3	4
4. Você e a sua parceira demonstram afeto um ao outro?	1	2	3	4
5. Discute com a sua parceira?	1	2	3	4
6. A sua parceira cuida de si e preocupa-se consigo?	1	2	3	4

(...)