



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

# **A gravidez após acompanhamento num Serviço de Medicina de Reprodução**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

por

**Joana Soares Vieira Correia de Oliveira**

sob orientação de

Professora Doutora Maria Raul Lobo Xavier

Faculdade de Educação e Psicologia

Porto, julho e 2014

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar e de um modo especial, um muito obrigada à Professora Doutora Maria Raúl Lobo Xavier, pela orientação, críticas construtivas, apoio e motivação e ainda pela sua constante disponibilidade.

À minha querida “maninha” Ana Losada, pelas horas perdidas comigo presencialmente ou por telefone, um muito obrigada pelo teu apoio e motivação.

Aos meus pais e à minha irmã um infinito OBRIGADA por acreditarem em mim, por fazerem com que eu acreditasse que era capaz, pela força, e por serem um modelo. Sem vocês este desafio não seria possível!

Um obrigada ao meu namorado pela paciência e carinho.

Por fim, mas nunca esquecidos quero agradecer a todos os participantes que me proporcionaram um olhar mais abrangente e cativante desta temática, favorecendo o enriquecimento deste trabalho.

## **Resumo**

O presente estudo apresenta como objetivo geral estudar a vivência da gravidez no homem e na mulher após o acompanhamento num serviço de medicina de reprodução, no homem e na mulher. Este estudo desenvolveu-se no Centro Hospitalar do norte do país. No que se refere às mulheres pretende-se averiguar as atitudes face à gravidez e à parentalidade, no que se refere ao homem, explorar as atitudes face à gravidez e a paternidade. Pretende-se também verificar a existência de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva presente nos dois géneros. Por fim, compreender o ajustamento diádico no que se refere ao consenso, satisfação e coesão. Para este estudo exploratório, recorreu-se a 19 casais com idades entre os 29 e os 40 anos na mulher, e no homem com idades compreendidas entre os 26 e os 45 anos. Os instrumentos utilizados para a recolha de dados foram, a Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade – EAGM (nas mulheres), Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade – EAGP (nos homens), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS e a Escala Revista de Ajustamento Diádico – RDAS (para ambos os membros do casal). Os principais resultados sugerem que se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do presente estudo e a população em geral em relação a algumas subescalas das atitudes sobre a gravidez e a parentalidade (maternidade e paternidade) e relativamente as outras duas escalas, a escala hospitalar de ansiedade e depressão, e a escala revista de ajustamento diádico, apresentam diferenças estatisticamente significativas entre géneros. Na escala hospitalar de ansiedade e depressão, verificou-se não existir na amostra deste estudo sintomatologia depressiva, sendo a maior prevalência na sintomatologia ansiosa no género feminino. Os resultados obtidos foram corroborados com a revisão bibliográfica realizada.

**Palavras- chave:** Infertilidade, PMA, Gravidez, Ansiedade, Depressão, Ajustamento Diádico

**Abstract**

The present study has as main objective to study the experience of pregnancy in man and woman after a follow-up of reproductive medicine service, the men and woman. This study developed on Hospital in the north of the country. With regard to women is intended to ascertain attitudes to pregnancy and parenting, and with regard to men, explore attitudes to pregnancy and parenthood. We also intend to check for symptoms anxious and / or depressive present in both genders. Finally, understand the adjustment dyadic with regarding to the consensus satisfaction and cohesion. For this exploratory study we used the 19 couples aged between 29 and 40 years in woman and in man between 26 to 45 years. The instruments used for data collection were, Attitudes Scale on Pregnancy And Parenting – EAGM (in women), the Scale of Attitudes About Pregnancy And Parenting – EAGP (in men), the Hospital Anxiety And Depression Scale – HADS and the Revised dyadic adjustment Scale – RDAS (for both members of the couple). The main results suggest that exist statistically significant differences between the participants of this study and the general population in relation of some subscales of attitudes about pregnancy and parenting (maternity and paternity) and regarding the other two scales, the Hospital Anxiety and Depression Scale, and the Revised dyadic adjustment Scale show statistically significant differences between genders. In the Hospital Anxiety and Depression scale it doesn't exist in our sample of this study depressive symptoms, with the highest prevalence in anxiety symptoms in females. The results were corroborated with the literature review.

**Keywords:** Infertility, PMA, Pregnancy, Anxiety, Depression, Dyadic Adjustment

## Índice

<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>Parte I. Enquadramento Teórico.....</b>	<b>4</b>
1. Infertilidade.....	4
1.1. Técnicas de Procriação Medicamente Assistida .....	5
1.2. Vivência Psicológica da Infertilidade na Mulher e no Homem .....	6
1.3. Vivência Psicológica face aos procedimentos de Procriação Medicamente Assistida .....	7
1.4. Relação conjugal num processo de Procriação Medicamente Assistida .....	10
2. Gravidez.....	11
2.1. Vivência Psicológica da Gravidez na Mulher .....	12
2.2. Vivência Psicológica da Gravidez na Homem .....	13
2.3. Sintomatologia Psicológica na Gravidez.....	15
2.3.1. Ansiedade.....	15
2.3.2. Depressão.....	16
2.4. Relação conjugal durante a Gravidez.....	17
<b>2.5. Vivência Psicológica da Gravidez após Procriação Medicamente Assistida .....</b>	<b>18</b>
<b>Parte II. Estudo empírico .....</b>	<b>20</b>
1. Objetivo geral, objetivos específicos e hipóteses .....	20
2. Metodologia.....	22
2.1. Participantes .....	22
2.2. Instrumentos .....	23
2.3. Procedimentos .....	25
2.3.1. Procedimentos de recolha de dados .....	25
2.3.2. Procedimentos e análise de dados .....	25
3. Resultados.....	26
4. Discussão dos Resultados .....	33
<b>Conclusão .....</b>	<b>40</b>

Bibliografia

Anexos

## **Índice de tabelas**

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica

**Tabela 2.** Caracterização da gravidez dos participantes

**Tabela 3** Resultados das sete subescalas da EAGM.

**Tabela 4.** Resultados das oito subescalas da EAGP.

**Tabela 5.** Resultados da escala HADS, em ambos os géneros.

**Tabela 6.** Resultados da escala HADS, em ambos os géneros, de acordo com o ponto de corte.

**Tabela 7.** Resultados da escala RDAS, em ambos os géneros.

**Tabela 8.** Matrizes de Correlação de *Spearman* entre as subescalas das EAGM, EAGP, HADS e RDAS.

**Anexos**

**Anexo 1** – Consentimento informado

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

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

**Anexo 4** – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalares – HADS

**Anexo 5** – Escala de Ajustamento Diádico Revisto - RDAS

**Lista de abreviaturas**

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

**DGS** - Direção Geral de Saúde

**EAGM** - Escala de Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade

**EAGP** - Escala de Atitudes sobre a Gravidez e Paternidade

**FIV** - Fertilização *in vitro*;

**HADS** - Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalares

**HADS-A** - Ansiedade

**HADS-D** - Depressão

**IAC** - Inseminação Artificial Homóloga

**ICSI** - Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PMA** - Procriação Medicamente Assistida

**SNS** - Serviço Nacional de Saúde

## Introdução

A elaboração deste estudo tem como tema “A gravidez após acompanhamento num Serviço de Medicina de Reprodução” e tem como objetivo geral caracterizar a vivência da gravidez, nomeadamente quanto às atitudes face à gravidez e parentalidade, ansiedade, depressão e ajustamento diádico nos homens e nas mulheres que esperam um filho após recurso a técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA) (estudo exploratório). Este trabalho corresponde à dissertação de Mestrado, no âmbito do 2º ano do Mestrado de Psicologia – especialização em Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa (FEP-UCP), tendo sido orientada pela Profª Doutora Maria Raul Lobo Xavier.

Poucos estudos foram realizados sobre a vivência da gravidez após sucesso de técnicas de PMA em Portugal, destacando-se os trabalhos da equipa de Cristina Canavarro (e.g. Gameiro, Moura-Ramos, Canavarro & Soares, 2010) e tanto, nacional como internacionalmente, os trabalhos são maioritariamente sobre as mulheres e menos sobre os homens (e.g. Bornholdt, Wager & Sataudt, 2007, 1997; Correia, 1998; Maldonado, Dickstein e Nahoum). A nossa intenção é pois aumentar os conhecimentos nesta área, base para intervenções cada vez mais adequadas com este grupo da população.

Segundo várias fontes (e.g. Associação Portuguesa de Fertilidade, 2013; Direcção-Geral da Saúde, 2008; Afrodite, 2009 & Borges, 2002, cit. in Romoaldo, Machado & Reis, 2002) a prevalência da infertilidade conjugal na população nacional em idade reprodutiva é de 15- 20%, correspondendo a cerca de 500 mil casais com infertilidade, mas apenas 40% procuram consultas de especialidade, e destes só 25% recorrem a técnicas de PMA. As mesmas fontes afirmam que em média 80% dos casos apresentam infertilidade nos dois membros do casal sendo, geralmente, um mais grave do que o outro (e.g. Associação Portuguesa de Fertilidade; 2013; Direcção-Geral da Saúde, 2008; Afrodite, 2009). Estima-se que a infertilidade conjugal atinja, na população mundial, cerca de 10 a 15% dos casais em idade fértil (Carvalho & Soares, 2009). De acordo com o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (Direcção-Geral da Saúde, 2008), a infertilidade tem sido considerada como um problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

A OMS (2010) define infertilidade como a “ (...) ausência de gravidez após 12 meses de relações sexuais regulares e sem uso de contraceção”, tendo um grande impacto na vida dos casais. Segundo vários autores (e.g. Cousineau & Domar, 2007; Gameiro, Silva & Canavarro, 2008), quando as mulheres se deparam com esta problemática, sentem que existe um desafio à sua identidade enquanto mulher, o que pode provocar uma diminuição de auto estima, bem como sentimentos de culpa, para compensar, as mulheres focam-se em alcançar a gravidez, ignorando as suas atividades de vida diária. As mulheres perante a problemática procuram ajuda médica, e embora com os variados fracassos do tratamento, são também as mulheres que apresentam uma maior dificuldade em abandonar o tratamento. Os homens perante a infertilidade apresentam sentimentos de inadequação ao

seu papel na relação social, apresentam uma diminuição da autoestima. Os homens para enfrentar o problema aumentam o nível de envolvimento no trabalho e noutras atividades (e.g. Cousineau & Domar, 2007; Gameiro, Silva & Canavarro, 2008).

Os tratamentos de PMA podem ter um impacto na vida do casal como o diagnóstico de infertilidade. As mulheres ao longo do tratamento apresentam níveis mais elevados de stress do que os homens, consequentemente também as mulheres apresentam mais queixas de depressão, ansiedade (e.g. Reis, Xavier, Coelho & Montenegro, 2013), ou seja, a infertilidade por vezes é acompanhada por vulnerabilidades emocionais, como a depressão, a ansiedade, problemas interpessoais, raiva reprimida, frustração, sentimentos de inferioridade e sentimentos de culpa (Faramarzi et al., 2008). Esta problemática pode ter um impacto na relação conjugal, apesar de existirem bastantes estudos, os resultados não são consensuais (Santos & Ramos, 2010).

É com esta “bagagem” que os casais que passam pela intervenção de técnicas de PMA, iniciam a vivência da gravidez. Assim, é importante explorar como é a sua vivência psicológica da gravidez (atitudes face à gravidez e à parentalidade) e possível existência de sintomatologia psicopatológica dando ênfase às perturbações de humor, mais concretamente à ansiedade e à depressão pois têm sido descritas com impacto quer durante a própria gravidez quer depois do nascimento do bebé (e.g. Leal, 2005) seja em situações de PMA (e.g. Reis, Xavier, Coelho & Montenegro, 2013; Fisher 2009) quer nas gravidezes que não resultam destes tratamentos (e.g. Gomez Leal & Figueiredo, 2002; Lee et. al, 2007). É ainda essencial ter em atenção a relação de casal nesta situação já que também estão descritas alterações nas situações de gravidezes em que os casais não passaram pelo diagnóstico de infertilidade nem pelos procedimentos de PMA (e.g. Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004; Canavarro & Pedrosa, 2005).

Alguns estudos referem que as relações conjugais têm-se focado na transição para a parentalidade, revelando um declínio na satisfação conjugal (e.g. Vilska, 2007).

A gravidez é o período de gestação que medeia entre a fecundação e o parto (e.g. Batista, Dahlen & Torres, 2006). A gravidez é um acontecimento sensível e vulnerável na vida da mulher e do homem, que pode gerar alterações físicas e psicológicas, de forma a prepará-los para a parentalidade (DGS, 2005). Ao nível das alterações psicológicas, podem surgir sintomas de ansiedade, na mulher este acompanha todo o período gestacional, e é caracterizada por um estado de insatisfação, insegurança, incerteza, medo da experiência desconhecida (e.g. Batista, Dahlen, Torres, 2006). No caso do homem, também existe um aumento de sintomatologia ansiosa devido ao ajustamento necessário para a parentalidade, este estado de sintomatologia psicológica no homem pode ser caracterizado por “Síndrome de Couvade” que afeta os pais durante a gravidez com uma diminuição dos sintomas no pós parto, embora estes possam surgir em qualquer altura até ao nascimento (e.g. Trethowan & Conl, 1965; Clinton, 1987; Gomez, Leal & Figueiredo, 2002; Buist, Morse, & Durkin, 2003 cit in. Conde & Figueiredo 2007).

Relativamente à depressão, a DGS (2005), afirma que cerca de 10% das mulheres têm depressão durante a gravidez, podendo persistir após o parto caso não seja tratada. Estes sintomas muitas vezes são mascarados e confundidos com a sensibilidade e fragilidade da própria gravidez (Nascimento, 2003). No caso do homem a depressão pode ter efeitos negativos no estado de humor da mãe, durante a gravidez e assim ter efeitos negativos embora indiretos no desenvolvimento fetal e no resultado neonatal (Field, Diego, Hernandez- Reif, Figueiredo, Deeds, Contogeorgos & Ascencio, 2006).

Tendo em conta os elementos apresentados, este trabalho está organizado em 2 partes, sendo a primeira parte o Enquadramento teórico, onde é feita uma revisão da literatura, e a segunda parte o Estudo empírico, onde são descritos todos os métodos utilizados para desenvolver este estudo, assim como o tratamento dos resultados e a sua discussão.

Assim sendo, o enquadramento teórico apresenta dois pontos fulcrais, pretende explorar primeiramente o que se entende pela infertilidade, especificando as técnicas utilizadas, bem como a vivência psicológica da problemática e dos procedimentos quer no homem quer na mulher, é descrita a sintomatologia psicológica comum nestes casais e é ainda abordada a relação conjugal num processo de PMA. Posteriormente será abordado o tema da gravidez, pois é onde existe uma maior investigação, e é o resultado que se pretende após um tratamento de PMA. Por este motivo é também interessante compreender como é vivenciada a gravidez quer pela mulher, quer pelo homem, assim como a sintomatologia psicopatológica mais prevalente, e ainda perceber o impacto que a gravidez tem na relação conjugal, assim como a vivência psicológica da gravidez após sucesso de técnicas de PMA.

Na segunda parte deste trabalho, serão apresentados os objetivos da investigação, assim como os participantes, a descrição dos instrumentos aplicados e dos procedimentos de recolha e o tratamento dos dados. Seguidamente são apresentados os resultados que por fim serão analisados e discutidos.

O trabalho termina com uma conclusão onde é feita a ligação sobre o que a teoria nos indica e o que o presente estudo conclui. São ainda apresentadas limitações deste estudo e sugestões para estudos futuros.

## Parte I – Enquadramento Teórico

### 1. Infertilidade

“Durante milhares de anos, por todo o mundo, valorizou-se a fertilidade, tomada como uma dádiva de Deus e depreciou-se a infertilidade tida como um castigo” (Correia, 1998, pp.366).

O problema da infertilidade está relacionada com o conceito de saúde reprodutiva, adotado em 1994, pela Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento (e.g. Borges, 2009).

A OMS (2010) define infertilidade como a “ausência de gravidez após 12 meses de relações sexuais regulares e sem uso de contraceção”. A infertilidade será considerada primária quando o casal nunca conseguiu uma conceção e secundária quando pelo menos um dos elementos dos casais já a obteve, sub-fecundação, quando os casais têm a capacidade de conceber mas não sustentam uma gravidez a termo (Fisher, 2009).

A probabilidade da ocorrência de uma gravidez em cada ciclo menstrual é de cerca de 20%-25%. Após um ano a tentarem engravidar, aproximadamente 80% dos casais terão obtido uma gravidez. Esta proporção sobe para 90% ao fim de dois anos (Direcção-Geral da Saúde, 2008). No entanto, no final deste tempo muitos casais verificam que, apesar das suas tentativas em engravidar, esta ainda não ocorreu.

Segundo o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (Direcção-Geral da Saúde, 2008), a infertilidade tem sido considerada como um problema de saúde pública pela OMS. Estima-se que a infertilidade conjugal atinja, na população mundial, cerca de 10 a 15% dos casais em idade fértil e em Portugal 15-20%, um número aproximado de 500 mil casais inférteis (Carvalho & Soares, 2009; Gonçalves, 2005).

Discute-se hoje a gravidade da inversão de pirâmide etária e dos elevados custos associados para o país (Campos, 2014). A infertilidade é uma das razões que está por trás deste fenómeno. Os tratamentos que estão disponíveis embora respondam aos desejos de um número considerável de casais mantêm uma taxa de sucesso limitada (e.g. Associação Portuguesa de Fertilidade, 2013). Para além disso, há ainda que considerar que estes tratamentos correspondem a gastos elevados no Sistema Nacional de Saúde (SNS). Não é pois de admirar que as políticas nacionais sobre a temática tenham vindo a ser alteradas ao longo dos anos (e.g. Direcção-Geral da Saúde, 2008; Afrodite, 2009) e que o seu interesse abarque não só a dimensão pessoal e de casal, mas também de Saúde pública, economia, sendo alvo de interesse da investigação científica em obstetrícia ou psicologia, etc.

São várias as causas possíveis da infertilidade. Estas podem ser divididas em dois grupos, as não patológicas como a idade de conceção, a frequência da atividade sexual, os hábitos sedentários e de consumo excessivo de gorduras, tabaco, álcool e drogas, bem como aos químicos utilizados nos

produtos alimentares e aos libertados no ar que se respira diariamente. Muitas destas causas decorrem de modelos socioeconómicos impostos pela sociedade industrial em que Portugal se insere (e.g. Sousa & Sá, 2007). Quanto aos fatores patológicos estes podem ser as alterações do esperma, disfunção ovulatória e alterações da anatomia (fator cervical, fator tubo-peritoneal, fator uterino) (e.g. Gonçalves, 2005).

De acordo com Fisher (2009) os fatores masculinos e femininos são em 40% dos casos responsáveis pela infertilidade, e 20% dos casos são casos idiopáticos (inexplicáveis), ou de etiologia compartilhada. Fisher (2009) refere ainda que as causas mais comuns nas mulheres são as trompas do Falópio obstruídas e a disfunção na ovulação, já nos homens as causas mais comuns são a baixa viabilidade do esperma e disfunção da motilidade do esperma. No caso de infertilidade masculina, as infeções aparecem como causa menos comum, mas as infeções parasitárias (e.g. esquistossomose, que danifica o trato genital masculino) tem implicações nalguns países. Em certos países a exposição a metais pesados, pesticidas e calor podem também contribuir para a infertilidade. Segundo o mesmo autor, o conhecimento sobre as causas masculinas para a infertilidade é limitado porque os homens recusam-se a participar em estudos, podendo levar a atribuição de causas erradas. Como possíveis causas comuns a ambos os sexos o autor indica um conjunto de problemas, sendo estes: as práticas de saúde sem higiene; exposição a toxinas ambientais; infeções do trato reprodutivo e ainda infeções sexualmente transmissíveis.

### **1.1. Técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA)**

Para fazer face a estes casos de infertilidade existe, nomeadamente em Portugal, um contexto de prestação de cuidados integrados em saúde reprodutiva, que se insere na abordagem clínica e na orientação, no âmbito da medicina geral e familiar, dos casais que apresentam dificuldades em obter uma gravidez bem-sucedida (DGS, 2008).

Ao longo das últimas décadas tem-se assistido a um progresso nas técnicas de PMA, técnicas estas, destinadas a ajudar casais inférteis no seu desejo de conceber um filho. De acordo com o problema de infertilidade, existem diferentes técnicas disponíveis (Gameiro, Silva & Canavarro, 2008).

Os exames que a mulher tem que fazer, quando se encontra neste processo, é a histerossalpingografia, que é feita entre o sétimo e o décimo dia do ciclo menstrual. A técnica do exame compreende inicialmente uma radiografia simples e em seguida a injeção do contraste no útero (e.g. Traina, Mattar, Moron, Neto & Matheus, 2004), é um método capaz de avaliar a permeabilidade tubária (Almeida et al, 2000), e por fim a ecografia transvaginal. No caso do homem este tem que fazer um espermograma, que serve para analisar o volume do esperma, a viscosidade, a cor, avalia o número de espermatozoides e a mortalidade dos mesmos. O espermograma inclui ainda a avaliação morfológica dos espermatozoides, desta forma é possível perceber se o esperma se encontra normal (DGS, 2008).

Relativamente às técnicas que podem ser utilizadas na PMA são, a Inseminação artificial (IA) intraconjugal: no dia é colhido o esperma por meio de masturbação e os espermatozoides com melhor qualidade são induzidos no útero da mulher. Após uns minutos de repouso a mulher vai para casa, fazendo uma vida normal sem fazer grandes esforços. Outra técnica é a fertilização *in vitro* (FIV), a fertilização pressupõe a recolha de ovócitos da mulher, a sua fertilização em laboratório e, dois a cinco dias depois, a transferência para o útero de 1, 2 ou 3 embriões, no máximo (em função das leis e/ou indicações de cada país e/ou centro de PMA). Para se fazer uma FIV, é necessário que haja um crescimento folicular, este é conseguido por hiperestimulação dos ovócitos, que faz crescer vários folículos em cada ovário. O crescimento dos folículos são seguidos por ecografia transvaginal e quando estes estão maduros faz-se a colheita. A colheita dos ovócitos é feita através da punção dos folículos por via transvaginal. No dia da punção folicular o marido/companheiro da cliente faz colheita de esperma. A fertilização é feita em laboratório havendo posterior transferência de embriões. Por último, temos ainda a técnica de microinjeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI), consiste na injeção de um único espermatozoide dentro do ovócito. A indução da ovulação e a colheita de ovócitos são semelhantes tanto para a FIV como para a ICSI, embora nesta fica apenas a célula e a zona pelúcida. Só os ovócitos maduros são fecundáveis, por isso só esses são injetados. Este tratamento só é feito quando os números de espermatozoides é muito baixo, quando foi feita uma biopsia testicular para colheita de esperma, quando existe esperma congelado ou ainda outros fatores como o insucesso de tratamentos de FIV. Para que a mulher não tenha que ser sujeita aos procedimentos desnecessários de todas as vezes que faz um tratamento, existe a possibilidade de criopreservação de embriões, e no caso do homem a criopreservação do esperma.

## **1.2. Vivência psicológica da infertilidade na mulher e no homem**

Muitas mulheres relatam que um dos aspetos mais difíceis é estar em ambientes sociais, lidar com os sentimentos de ciúmes e inveja quando se deparam com mulheres grávidas, ou com mulheres acompanhadas de crianças. Algumas mulheres escondem dos profissionais de saúde a sua angústia, com medo de serem consideradas loucas ou de serem criticadas (Cousineau & Domar, 2007).

De acordo com Cousineau e Domar (2007), as mulheres que afirmavam que iam ter filhos e posteriormente se deparam com a infertilidade, desafiam a sua identidade feminina, o que leva a uma diminuição da autoestima, a um sentimento de culpa, e a interpretação da infertilidade como uma punição, pela sua vida passada (ex: utilização de contraceptivos), para compensar, estas mulheres focam-se em alcançar a conceção, deixando de lado, ou até mesmo interrompendo os seus objetivos profissionais, atividades de vida diária, relações sociais.

De acordo com Gameiro, Silva e Canavarro (2008), o diagnóstico de infertilidade para as mulheres pode por em causa a sua identidade feminina, conduzindo a sentimentos de fracasso, falta de controlo e baixa auto estima. Normalmente são as mulheres que procuram ajuda médica, mas são também elas, que apesar dos fracassos repetidos, apresentam dificuldades em abandonar o processo.

Segundo Consineau e Domar (2007), vários estudos têm revelado que assim como as mulheres os homens também são afetados psicologicamente pela infertilidade. A infertilidade para estes, traduz danos na sua autoestima e inadequação do seu papel na relação social, sentindo-se responsáveis por negar à sua mulher/companheira, a vinda de uma criança.

Os homens para lidar com a infertilidade, aumentam o nível de envolvimento no trabalho e noutras atividades (Consineau & Domar, 2007). De acordo com Consineau e Domar (2007), os homens ajustam a transição para um estilo de vida sem filhos com mais facilidade que as mulheres, muitos reprimem as suas emoções, para apoiarem as suas mulheres/companheiras, o que pode resultar em níveis de ansiedade reprimida relacionada com a infertilidade. Os homens experienciam sentimentos de angústia, levando a uma baixa autoestima, e ao aumento de níveis de ansiedade, esta angústia sentida também pelo estigma social, pode resultar em episódios de impotência sexual (Consineau & Domar, 2007).

Quando a causa da infertilidade é masculina, esta tem maior impacto no casal do que quando a causa é feminina ou idiopática (Mikulincer, Horesh, Levy-Shiff, Manovich, & Shalec, 1998, cit. in Gameiro, Silva & Canavarro, 2008). Homens inférteis referem maior reatividade emocional negativa e ansiedade do que homens sem diagnóstico de infertilidade. Homens com diagnóstico de infertilidade apresentam níveis mais elevados de culpa, medo, tristeza, sentimentos profundos de perda, luto e inadequação social pela associação com a masculinidade e virilidade. Estes homens experienciam ainda períodos de impotência e ansiedade relacionada com a sua performance sexual (Gameiro, Silva e Canavarro, 2008).

De acordo com Reis, Xavier, Coelho e Montenegro, (2013), a infertilidade tem sido associada a vários sintomas psicológicos, como a depressão, sintomas obsessivo – compulsivos, ansiedade, culpa tanto no homem como na mulher. Quanto à presença de sintomatologia psicopatológica, num estudo italiano, a casais inférteis, as mulheres apresentam valores de 17,9% de depressão enquanto nos homens só 6,9 % apresentam sintomas, já na ansiedade 14,7% das mulheres apresentam sintomas de ansiedade, e os homens apresentam 4,5% de sintomatologia ansiosa (Kissi, Romdhane, Hidar, Bannour, Idrissi, Khairi & Ali, 2013).

Segundo Faramarzi e colaboradores (2008), os pacientes com infertilidade, vivenciam sintomas psicológicos semelhantes ao de pessoas com dor crónica, como cancro, hipertensão, ou problemas cardíacos. A infertilidade por vezes é acompanhada por crises emocionais, como a depressão, a ansiedade, problemas interpessoais, raiva reprimida, frustração, sentimentos de inferioridade e sentimentos de culpa.

### **1.3. Vivência psicológica face aos procedimentos de PMA**

Para muitos casais em todo mundo a incapacidade de engravidar é vivenciada como uma tragédia, sendo descrita como um indutor de stress quer na pessoa, quer no casal. Os tratamentos de PMA podem ter um impacto igual ou superior ao diagnóstico de infertilidade (Reis, Xavier, Coelho &

Montenegro, 2013). Alguns autores afirmam que a infertilidade é um processo onde os sintomas de depressão e de ansiedade, relacionados com a ameaça de vida se devem à experiência de perda, estes sintomas não desaparecem mesmo após o nascimento do filho pretendido, afetando assim a relação com o filho desejado (Nordin, 2005, cit. in Borges, 2009).

O facto de lidar com a ameaça de possível tratamento já pode ser causador de presença de ansiedade. As mulheres ao longo do mesmo, apresentam níveis mais elevados de stress do que os homens, conseqüentemente também as mulheres apresentam mais queixas de depressão, ansiedade (Reis, Xavier, Coelho & Montenegro, 2013). De acordo com um estudo dos referidos autores, realizado em Portugal, casais que fazem tratamento de PMA pela primeira vez apresentam níveis mais elevados de ansiedade-estado em comparação com casais que se encontram a fazer tratamentos repetidos. No caso dos níveis de depressão estes são mais elevados nos casais que se encontram a fazer tratamentos repetidos. Ainda neste mesmo estudo, em ambos os grupos, tanto os homens como as mulheres apresentam níveis mais elevados de ansiedade – estado em comparação com a ansiedade – traço. No caso da depressão os valores de ambos os grupos são mais elevados nas mulheres comparativamente com os homens (Reis, Xavier, Coelho & Montenegro, 2013).

Fisher (2009) afirma que existe um debate sobre se a perturbação psicológica observável em pessoas com infertilidade é conotada como doença psiquiátrica ou como uma reação psicológica intensa a circunstâncias anormais. As taxas de ansiedade e depressão têm sido relatadas nos estudos de mulheres, já nos homens esta sintomatologia aparece em menos estudos. Segundo a autora, num estudo desenvolvido por Beaurepaire e colaboradores (Beaurepaire et al., 1994), mais de 20% das mulheres que frequentam um grupo de apoio à fertilidade, relatam episódios de ideação suicida. Contudo a rotulagem de doença psiquiátrica tem sido criticada, pois os sintomas psiquiátricos incluem sintomas somáticos, que são normais na infertilidade.

Ao contrário de outros eventos de vida que têm uma resolução de problema clara, a infertilidade é considerada stressante, porque pode durar muitos anos e que para muitos não será resolvido, desenvolvendo um perfil de tensão, irritabilidade, ansiedade, tristeza profunda, sentimentos de culpa, baixos níveis de energia, isolamento social e sensibilidade interpessoal intensificada (Fisher, 2009). Assim, de acordo com Gameiro, Silva e Canavarro (2008), o elevado nível de stress está relacionado com o diagnóstico e com os tratamentos de infertilidade, mas também às baixas taxas de sucesso que estes apresentam.

Segundo, Santos e Ramos (2010) sabe-se que apesar do avanço tecnológico nas técnicas de PMA, estas ainda representam um acontecimento perturbador e desafiante para os casais, não só pela ansiedade e perturbação emocional que os tratamentos podem implicar, mas também pela inevitável desilusão que muitos casais ainda sofrem após o insucesso destas técnicas.

Apesar de todas estas técnicas que ajudam o casal na dimensão fisiológica é preciso ter em atenção a dimensão psicológica associada a momentos específicos do processo, pois por exemplo, segundo Santos e Ramos (2010), o momento do conhecimento dos resultados de gravidez, é

considerado o momento mais difícil de todo o processo de PMA, sendo enfrentado com grande ansiedade. No caso de situações de insucesso, este é novamente um momento de confrontação com a infertilidade este é causador de sentimentos de grande tristeza e desilusão, na infertilidade cada insucesso é sentido como a perda de um objetivo futuro, com impacto na sua vida, na sua identidade pessoal, nos projetos da relação conjugal assim como nos objetivos de vida. Os referidos autores também salientam que os casais tenham conhecimento que uma perda pode levar a uma reação de tristeza após um insucesso do tratamento, sendo esta uma resposta negativa mas adequada à situação. Os mesmos autores referem que as reações após cada insucesso são influenciadas por diversos fatores, tais como o número de tratamentos realizados, a duração da infertilidade, entre outros (Santos & Ramos, 2010).

Por outro lado, apesar de a gravidez ser o principal objetivo destes casais, nem sempre a notícia do sucesso do tratamento é vivida com tranquilidade, representando um desafio para os casais que vão necessitar de um esforço para se adaptarem. Para além da confirmação da gravidez, as primeiras semanas de gravidez são vivenciadas com alguma tensão e ansiedade pelo receio de uma perda gestacional, tal como qualquer grávida independentemente do meio de conceção, embora nas grávidas de PMA este receio seja ainda mais saliente devido ao facto de esta gravidez ser muito desejada, pela dificuldade que os casais sentiram em alcançá-la (Santos & Ramos, 2010).

De um modo geral embora a maioria dos casais inférteis não apresentem perturbação emocional clinicamente significativa, considera-se que o diagnóstico de infertilidade é um acontecimento indutor de stress na vida dos casais, podendo, em situações de pior adaptação, levar a dificuldades emocionais, à baixa autoestima, ao isolamento social e até mesmo à rutura conjugal (Cousineau & Domar, 2007, cit. in Santos & Ramos, 2010).

Alguns autores afirmam que a infertilidade é um processo onde os sintomas de depressão e de ansiedade, relacionados com a ameaça de vida se devem à experiência de perda, estes sintomas não desaparecem mesmo após o nascimento do filho pretendido, afetando assim a relação com o filho desejado (Nordin, 2005, cit. in Borges, 2009).

Num estudo de Cousineau e Domar, (2007) as autoras relataram que até 13% das mulheres com um insucesso, num tratamento de PMA, experienciam ideação suicida. Estas autoras relatam ainda outros estudos em que foram comparadas mulheres inférteis com mulheres em idade fértil, em consulta de rotina de ginecologia, as mulheres inférteis apresentam níveis mais elevados de episódios de depressão major, mas quando estas mulheres inférteis foram comparadas com mulheres com dor crónica, cancro, hipertensão, seropositividade e infarto do miocárdio, os seus níveis de depressão e ansiedade eram indistinguíveis, exceto com os doentes de dor crónica.

Alguns autores têm analisado o estado psicológico dos casais submetidos a uma fertilização *in vitro* (FIV), e sabe-se que o próprio tratamento pode provocar ansiedade e sintomas depressivos, que são considerados uma resposta normativa na vida de um casal infértil (e.g. Volgsten et al. 2008). Poucos estudos analisam a prevalência desta perturbação, por exemplo, um estudo realizado por

Chiaffarino e colegas (Chiaffarino et al., 2011) cujo objetivo foi avaliar o estado psicológico dos casais submetidos a uma FIV, concluiu que 14,7% das mulheres apresentava sintomatologia ansiosa e 17,9% de sintomatologia depressiva, relativamente aos homens estes apresentavam 4,5% sintomatologia ansiosa e 6,9% de sintomatologia depressiva.

De acordo com Fisher (2009), com o início do tratamento há uma diminuição de sintomas, embora a intensidade do sofrimento possa variar ao longo do curso do tratamento. Apesar do início do tratamento despertar otimismo nos casais estas expectativas são desajustadas, pois as mulheres têm expectativas altas e irrealistas do provável sucesso do tratamento.

Todos os procedimentos dos tratamentos, como as injeções, os exames, os exames de sangue, a expectativa para saber se os óvulos foram fertilizados são considerados como tendo muita exigência, maioritariamente ao nível psicológico do que ao nível físico. Assim sendo, segundo vários autores (e.g. Callan & Hennessey, 1988; Yong, Martin & Thong, 2000; Franco et al., 2002; Hennessey, 1988; Hammarberg, Astbury & Baker, 2001) no momento em que é transferido o embrião há uma evidência do otimismo sentido por parte dos casais, mas o tempo de espera entre a transferência e o teste de gravidez provoca muita ansiedade. Quando há uma menstruação ou o teste de gravidez dá negativo provoca sentimentos de tristeza, desespero e sentimentos de perda de controlo (Fisher 2009).

Em muitas situações os casais acabam por se submeter a vários tratamentos devido aos insucessos recorrente. Cada início de tratamento provoca aumento de confiança e esperança. Estudos (e.g. Berg & Wilson, 1990; Domar et al., 1992; Callan & Hennessey, 1988; Kovacs, MacLachlan & Brehny, 2001; Covington, 1995) demonstram que ao fim de dois anos de tratamento sem sucesso (gravidez) o stress atinge níveis mais elevados que podem desencadear uma depressão crónica ou grave (Fisher, 2009).

#### **1.4. Relação conjugal num processo de Procriação Medicamente Assistida (PMA)**

A notícia de infertilidade e a utilização das técnicas de PMA, tem grande impacto na relação conjugal, mas apesar de serem bastante estudados os resultados não são consensuais. Alguns estudos (e.g. Santos & Torres, 2010) indicam que há uma deterioração da relação conjugal, pela presença de ressentimentos em relação à companheira(o), pela falta de apoio emocional durante o processo, ou pelo menor comprometimento da parte da(o) companheira(o) em relação ao processo de procriação medicamente assistida. No entanto, alguns autores (e.g. Leiblum, 1997) referem que, tal como noutras situações de stress, a infertilidade pode ajudar a uma deterioração da relação conjugal quando esta já se encontrava vulnerável, mas ter um impacto positivo nos casais que têm um relacionamento sólido (Santos & Torres, 2010). Outros estudos (e.g. Thomsen, Tilblivelseshistorier & Barnløshed, 1999; Schmidt, Thomsen, Boivin & Andersen, 2005; Silva & Lopes, 2009) apontam que os membros do casal exteriorizam melhoria relativamente à satisfação na relação conjugal, particularmente na comunicação, indicando que a necessidade de lidar com uma situação em crise familiar pode potenciar os recursos da família. Deste modo enquanto a infertilidade introduz tensões na relação conjugal, a

tentativa de resolução dessas dificuldades permite aos casais uma maior proximidade na relação (Schmidt, Thomsen, Boivin & Andersen, 2005)

Algumas sequelas negativas da infertilidade e do processo de PMA são o comprometimento da vida sexual, a insatisfação sexual que vai contribuir para um comprometimento da vida sexual, a insatisfação conjugal, e uma comunicação conjugal pobre. O estigma que está associado à infertilidade pode afetar a autoestima, sentimentos de isolamento e inadequação. Os custos elevados dos tratamentos e a pressão social podem levar a um aumento do stress refletindo-se na relação conjugal e na qualidade de vida (Musa et al., 2014).

Segundo Consineau e Domar (2007), quando os casais se encontram em tratamentos de PMA, existem fatores que podem levar à interrupção temporária da satisfação conjugal, por exemplo, as pressões para a necessidade de fazer sexo em horários específicos, pode ter um impacto negativo no funcionamento e no desejo sexual, pois o sexo pode-se tornar mecanizado, diminuindo a intimidade, aumentando o stress já vivenciado pelo casal. Para alguns casais, as dificuldades com a intimidade e a satisfação sexual pode persistir mesmo tendo o seu problema de infertilidade resolvido.

Vilksa (2007) afirma que as mulheres experienciam relações conjugais e sexuais menos positivas do que os homens, após o diagnóstico de infertilidade e durante os tratamentos de infertilidade. Os homens têm relatado menor satisfação de vida global, angústia agravada e aumento de stress relacionados com o tratamento, quando são estes os responsáveis, após ser diagnosticada infertilidade do casal. A longa duração da infertilidade e a experiência repetida na falha do tratamento podem ser fatores de risco importantes na presença de angústia, o que pode levar à insatisfação do relacionamento. O efeito da infertilidade nas relações conjugais podem ser modificadas por estratégias enfrentamento, partilha e comunicação entre os cônjuges. Em geral, as relações conjugais parecem ser especialmente vulneráveis durante a transição para a parentalidade, vários estudos têm revelado um declínio na satisfação conjugal (Vilksa, 2007).

Como foi referido anteriormente, a concepção e a procriação são várias vezes associadas a uma função sexual normal para a maioria dos casais, contudo os casais inférteis que têm como objetivo a procriação e esta não é conseguida, provoca sentimentos de angústia que podem afetar o funcionamento sexual. Para fornecer uma melhor gestão, desta problemática que afeta ambos os parceiros que ao nível da componente interpessoal quer ao nível psicológico, é essencial perceber de que forma a sexualidade afeta o outro parceiro, para manter uma relação sexual saudável o feedback do parceiro é fundamental (Yeoh et al., 2014).

## **2. Gravidez**

A gravidez é o período de gestação que medeia entre a fecundação e o parto (e.g. Batista, Dahen, Torres, 2006). Este período tem uma duração aproximadamente de 40 semanas e, considera-se de termo, a gestação cujo parto ocorre entre as 37 semanas e as 41 semanas e seis dias. Antes das 37

semanas o parto é considerado pré-termo e, após as 42 semanas, designa-se pós-termo. A fecundação é a união de um espermatozoide com um óvulo, formando assim o ovo.

A gravidez é um acontecimento sensível e vulnerável na vida da mulher e do homem, que integra alterações físicas e psicológicas, de forma a prepará-los para a parentalidade (e.g. Correia, 1998). A gravidez é um período crítico, em que podem estar associados fatores de risco, como, as vivências infantis traumáticas, a depressão materna, a violência doméstica, o consumo excessivo de álcool e a toxicodependência, podem comprometer as capacidades parentais (DGS, 2005).

A gravidez é vivida de forma diferente em cada cultura. Em algumas sociedades a gravidez é festejada como prova de fertilidade, para outras sociedades não é assim tao importante, embora para todas elas seja importante que a criança seja aceite pelo homem, quer este seja pai biológico ou não (Correia, 1998).

A gravidez desencadeia na mulher profundas alterações e adaptações, tanto no seu corpo como no seu funcionamento psíquico, necessárias para promover o desenvolvimento do bebé (DGS, 2005) e a prestação de cuidados futuros. Durante a gravidez a mulher passa por mudanças físicas (organismo produz diferentes hormonas) e mudanças comportamentais, havendo aparecimento de sintomas como o cansaço, a irritabilidade, mudanças de apetite, prazer diminuído e perturbação de sono (e.g. Justo, 2006). Segundo Correia (1998 pp.365), o ser mãe, pode ser visto, por cada mulher, como uma experiência “perigosa, dolorosa, satisfatória, interessante, ou ainda importante”. A forma como cada mulher vivência a gravidez está associada quer a características individuais, quer a características culturais que a rodeiam.

Relativamente ao papel do homem durante a gravidez, para algumas culturas, (e.g. os Arapesh na Nova Guiné), o facto de ter um filho é uma expressão aplicada tanto ao homem como à mulher, pois o pai está envolvido e intervém diretamente nos preparativos para a chegada desta criança. Na nossa cultura, o papel do homem é secundário e mesmo quando assiste ao parto, fá-lo num papel secundário (Correia, 1998). Atualmente houve uma evolução e o pai desempenha novas funções e novas responsabilidades (DGS, 2005).

## **2.1. Vivência da gravidez na mulher**

A gravidez é um momento de reestruturação na vida da mulher assim como nos papéis que esta exerce. Durante este período a mulher tem que passar da condição de filha para também a de mãe, e reajustar a sua relação conjugal, as suas atividades profissionais e ainda a sua situação económica (e.g. Piccinini, Gomes, Nardin & Lopes, 2008). Durante a gravidez, tanto os pais como o bebé apresentam uma aprendizagem mútua, esta aprendizagem é visível ao nível dos movimentos fetais e nas respostas aos estímulos (DGS, 2005). A relação da mãe com o seu filho inicia-se no período pré-natal, principalmente através das expectativas da mãe e da interação que estabelece com ele. As expectativas da mãe originam-se através do seu mundo interno, das suas relações passadas e das suas necessidades conscientes e inconscientes relativas ao seu bebé, assim sendo um aspeto positivo é a

necessidade de que o bebê seja investido de desejos e fantasias, por parte da mãe para começar a existir enquanto ser humano (Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004).

Como já referimos, neste período são vividas diversas mudanças, quer ao nível biológico, somático, psicológico e social, que representam uma experiência única e intensa, influenciando tanto a dinâmica psíquica individual como as relações sociais da mulher (E.g. Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004; Xavier, 2000).

Em 1997, Figueiredo (cit in Nascimento, 2003), refere que o apoio e a preparação durante a gravidez, e ainda o aumento da informação, contribui para o aumento do bem-estar da mulher grávida no fim da sua gravidez, evidenciando diminuição de problemas psicológicos e de depressão no período pós parto.

A mulher desempenha tarefas desenvolvimentais ao longo da gravidez, estas tarefas podem ser classificadas da seguinte forma: no primeiro trimestre da gravidez a mulher tem a tarefa de aceitar a mesma, ou seja, neste momento da gravidez a mulher experiencia uma ambivalência entre o desejo e o receio da gravidez, desta forma a mulher grávida necessita da confirmação médica assim como a aceitação e o apoio por parte dos familiares próximos. No segundo trimestre a mulher apresenta uma nova tarefa, esta é a aceitação da realidade do feto, assim sendo a mãe tem que aceitar que o feto tem uma entidade, separada e distinta de si própria. A terceira tarefa que a mãe tem que desempenhar ao longo da gravidez é o reavaliar e reestruturar a relação com os pais, pois a mãe funciona como o principal modelo de comportamento materno para a mulher. Neste momento a representação que a mulher tem dos seus próprios pais é muito importante. A quarta tarefa que a mulher tem de desempenhar é o reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro, pois nesta fase o casal tem que integrar um novo membro na família, assim sendo é necessário um reajuste no seu plano afetivo, na sua rotina diária e no seu relacionamento sexual. A quinta tarefa que a mulher necessita de desempenhar inicia-se no terceiro trimestre, é o facto de aceitar o bebê como pessoa separada. Neste período a mulher tem que se preparar para a separação que se irá concretizar com o parto, sendo este período assinalado pelo aumento da ansiedade devido à proximidade com o parto. Por fim, a última tarefa, mas não menos importante, que a mulher tem que realizar é o reavaliar e reestruturar a sua própria identidade, neste momento a mulher necessita de integrar a sua identidade o papel de ser mãe. Desta forma é essencial reavaliar as perdas e ganhos que a maternidade introduziu e aceitar as mudanças decorrentes do processo (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994; Xavier, 2000).

## **2.2. Vivência da gravidez nos homens**

Relativamente à vivência psicológica da gravidez nos homens, hoje em dia os pais estão muito mais envolvidos e têm um papel mais ativo no cuidado e na criação dos filhos. De acordo com a DGS (2005), esta nova identidade no homem, exige o desempenho de novas funções e novas responsabilidades, proporcionando varias vezes sentimentos de insegurança, inquietações.

De acordo com Seviel e colaboradores (Sevil et. al, 2009), o pai tem um papel ativo no sentido da manutenção ou aumento de tarefas domésticas, atividades sociais e comunitárias, cuidados pessoais, atividades profissionais e educacionais, entre outras. Durante todo o processo espera-se que o homem cumpra as suas responsabilidades enquanto pai, e que mantenha as suas atividades passadas, integrando com os seus novos e ampliados papéis. (e.g. Tulman et al, 1993; McVeigh, 2001).

Como já referido anteriormente a transição para a paternidade é bastante complexa assim como a transição para a maternidade, este período exige responsabilidades, e adaptação das atividades de forma a reservar tempo para o bebé. McVeigh (2001, cit. in Seviel et al., 2009), afirma que tanto a maternidade como a paternidade desempenham papéis muito importantes, estes podem ter um efeito negativo no casamento e nos relacionamentos familiares.

Pesquisas apontam para que a preparação para a parentalidade tem um impacto positivo na saúde da mãe, do bebé e da família (e.g. Anderson, 1996; McVeigh, 2001; Tulman, 1993).

A vivência da gravidez por parte do homem difere da vivência da gravidez por parte da mulher, pois só a mulher sente o filho a crescer dentro de si, por isso segundo alguns autores (e.g. Maldonado, Dickstein e Nahoum, 1997), os pais não conseguem criar um vínculo sólido com o seu bebé. O envolvimento do pai durante a gestação pode ser desenvolvido através das atividades relativas às gestantes e aos preparativos para a chegada do bebé, do apoio emocional à mãe (Piccinini, Siva, Gonçalves & Lopes, 2004), contribuindo para o vínculo com o bebé que hoje muitos autores defendem (e.g. Conde & Figueiredo, 2007).

Oliveira & Brito, (2009) referem que durante a gravidez o homem expressa-se por atitudes, comportamentos e sentimentos enquanto cuida da mulher e do filhos através do envolvimento afetivo. Assim sendo, estes comportamentos, atitudes, sentimentos tornam-se um pilar fundamental na vivência do casal, consolidando a estrutura familiar. Alguns autores (Bornholdt, Wagner & Staudt, 2007) referem-se à “síndrome de Couvade” como sendo uma expressão somática de ansiedade, pois existem diversos fatores emocionais presentes neste período. Por exemplo a identificação do pai com a mulher grávida ou até mesmo a ambivalência do papel a desempenhar enquanto pai e toda essa adaptação à nova situação. Também podem aparecer aspetos que revelam sentimentos de exaustão, e a falta de espaço que muitas vezes os pais sentem por não conseguirem expressar as suas angústias e expectativas em relação ao filho que vem aí. A gravidez pode trazer pensamentos e/ou fantasias no homem, como o facto de o bebé possa trazer alguma instabilidade no casamento, já que muitos pais apontam haver uma diminuição da satisfação conjugal, da vida social e sexual do casal (Bornholdt, Wagner, Staudt, 2007). De acordo com tudo isto, pode-se afirmar que as expectativas e todas as implicações da gravidez são inúmeras, não só para as mulheres como também para os homens (Bornholdt, Wagner, Staudt, 2007).

Segundo o estudo de Silva & Silva (2009) estes concluíram que os pais indicam para a adaptação à chegada do novo membro, as representações sobre o bebê e as dúvidas sobre que pais irão ser para os seus bebês. Neste estudo são identificadas mudanças na vida, que estão relacionadas com as alterações de planos, no quotidiano e nos relacionamentos familiares. Na trajetória do período gestacional são experienciadas diversas e intensas mudanças no corpo e na vida, e o impacto destes podem variar entre momentos de desequilíbrio e outros de superação. Assim a afetividade está ligada a respostas adaptativas dos pais e da família.

## **2.3. Sintomatologia Psicopatológica na Gravidez**

### **2.3.1. Ansiedade**

Num estudo de Lee e colaboradores (2007), com uma amostra de 357 mulheres grávidas, avaliadas no terceiro trimestre da gravidez até as 6 semanas pós parto verificaram que 54% das mulheres e mais de 37.1% apresentaram sintomas de ansiedade pré-natal e sintomas depressivos em pelo menos uma das avaliações realizadas durante a gravidez, a prevalência da ansiedade encontrou-se sempre superior à da depressão.

Relativamente à sintomatologia ansiosa, esta pode ser dividida em três dimensões, sendo estas a fisiológica, onde apresenta um aumento da frequência cardíaca, insónias, boca seca, náuseas, vômitos, etc. Outra dimensão é a emocional, onde frequentemente aparece o choro fácil, a impotência, o nervosismo, a irritabilidade, a tensão e a falta de autoconfiança. Por fim a terceira dimensão é a cognitiva dizendo respeito à incapacidade de concentração, esquecimento e falta de atenção. A ansiedade é entendida como sendo um elemento emocional que acompanha todo o período gestacional, até ao parto, e é caracterizada por um estado de insatisfação, insegurança, incerteza, medo da experiência desconhecida (e.g. Batista, Dahan, Torres, 2006).

Segundo Torres (2006), a ansiedade é aumentada nas grávidas pela primeira vez, pois o seu equilíbrio emocional é ameaçado, e estas não percebem o que está acontecer (cit in. Lana, 2001). De acordo com a mesma autora é no terceiro trimestre de gestação que há um aumento da ansiedade, pois as contrações uterinas elevam-se, podem surgir dificuldades digestivas, pressão dos órgãos internos abdominais, e um cansaço mais frequente.

São identificados fatores de risco para níveis elevados de ansiedade na gravidez, os fatores: demográficos, os fatores obstétricos, os fatores psicológicos, os fatores psicossociais, e os fatores culturais (Conde & Figueiredo, 2003)

À semelhança do que acontece com as mães, também os pais exibem um aumento da sintomatologia ansiosa na sequência do ajustamento à parentalidade, a qual sofre um decréscimo da gravidez para o pós-parto (Buist, Morse, & Durkin, 2003 cit in. Conde & Figueiredo 2007).

Como referido anteriormente os pais apresentam muitas vezes o “síndrome de Couvade”, este refere-se aos sintomas da gravidez na vivência masculina da mesma, este síndrome acontece em todos

os países industrializados, é um fenómeno global. De acordo com vários estudos (e.g. Trethowan & Conl, 1965; Clinton, 1987; Gomez, Leal & Figueiredo, 2002) afirmam que é um estado de sintomatologia psicológica que afeta os pais durante a gravidez com diminuição gradual dos sintomas no pós-parto, contudo os sintomas podem surgir em qualquer altura até ao nascimento. Este síndrome não é exclusivo em homens com primeiros filhos, afeta também homens com filhos anteriores (Sousa Ferreira, Leal & Maroco, 2010).

### 2.3.2. Depressão

Um estudo iraniano (e.g. Noorbala, et al, 2008) revela que 48% das mulheres inférteis e 23,8% dos homens inférteis sofrem de depressão. Sendo que das 48% das mulheres, 30% tem depressão leve, 12,5% tem depressão moderada e apenas 5,3% têm depressão grave. Já nos 23,8% dos homens, 16,6% têm leve, 4,7% têm moderada, e apenas 2,5% têm depressão grave. Esta elevada taxa deve-se à importância de ter filhos nessa cultura.

De acordo com a DGS (2005), cerca de 10% das mulheres têm depressão durante a gravidez, podendo persistir após o parto caso não seja tratada. Muitas vezes são cobrados às grávidas, comportamentos de felicidade, afeto e cuidados com a gravidez, e assim sendo as mulheres que apresentam sintomatologia depressiva podem acabar por se culpar por não corresponderem ao que seria expectável. Nesse momento é importante fazer uma avaliação adequada para se discriminar sintomas e sentimentos presentes durante a gravidez.

Segundo Nascimento (2003), muitas mulheres durante a gravidez apresentam sinais de depressão, por vezes mascarados e confundidos com a sensibilidade e fragilidade própria da gravidez. Pelo menos 10% das mulheres grávidas manifestam estados depressivos nos primeiros três meses após o parto. Estes sintomas depressivos podem estar mascarados através da ansiedade, da irritabilidade, e alguma agressividade não habituais.

A questão da maternidade é um fator de relevância para o desenvolvimento de depressão feminina, visto que a gestação e o parto são fatores stressantes, além das modificações hormonais que podem estar diretamente relacionadas. Neste momento, podem ser fatores de risco para o desenvolvimento da depressão, os antecedentes psiquiátricos, o descontentamento com a gravidez, o negativismo, o baixo apoio emocional, histórico de abortos anteriores, partos problemáticos, baixo nível educacional e socioeconómico (Batista, Dahan, Torres, 2006).

Segundo alguns autores (e.g. Alvarado & Col. 1993), existem fatores de risco para o desenvolvimento de depressão, em grávidas, estes são: antecedentes psiquiátricos; descontentamento com a gravidez; baixo apoio emocional; viver sozinha; ser menor de idade; baixo nível de escolaridade e socioeconómico; história de abortos anteriores e partos problemáticos.

São sinais de alerta, para detetar uma possível depressão na gravidez, a tristeza invasiva, o desespero, as crises de choro e a ideação suicida (DGS, 2005).

Segundo Batista e colaboradores (2006), as mulheres apresentam mais sintomatologia depressiva do que os homens. Fatores sociais, comportamentais e biológicos, contribuem para o desencadeamento e manutenção da doença.

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

#### **2.4. Relação conjugal durante a gravidez**

A gravidez é o momento de transições importantes na vida do casal que precisa de estabelecer novos papéis e relações de forma a integrar um novo membro na família (Bornholdt, Wagen, Staudt, 2007). Assim, autores como Piccinini e colegas (Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004) referem que a gravidez tanto pode desencadear uma crise emocional para as grávidas como potencializar a adaptação e resolução de conflitos até então desconhecidos.

Ao longo deste trabalho assume-se a relação conjugal como satisfação conjugal ou ajustamento diádico. De acordo com o autor Hernandez (2008) afirma que o ajustamento conjugal está em constante mudança, logo é um processo no qual o resultado é determinado pelo grau de diferenças diádicas incomodas, das tensões interpessoais e da ansiedade pessoal, da satisfação diádica da coesão diádica e do consenso diádico sobre temas importantes para o funcionamento do casal. Esta avaliação é feita através de uma dimensão qualitativa no sentido de bem ajustado a desajustado.

No que se refere ao consenso diádico relacionado com a percepção individual relativamente ao relacionamento e ao nível de concordância entre o casal sobre questões básicas (ex.: questões financeiras; religião; lazer; filosofia de vida, entre outros), a satisfação diádica tenta compreender a percepção individual sobre a possibilidade de divórcio/separação, do bem estar, da consistência, do compromisso com o relacionamento, entre outros, por fim no que se refere à coesão diádica verifica-se que esta avalia o grau de concordância nas questões relacionadas com demonstração de afeto e relações sexuais (e.g. Gomes & Leal, 2008).

Há uma satisfação conjugal quando há comunicação íntima que é fundamental para o relacionamento do casal. Num estudo de Osgarby & Halford (2013), os autores concluíram que casais satisfeitos apresentam maiores taxas de afeto positivo e intimidade diádica.

Com a parentalidade, o casal que até então se constituía unicamente como homem e mulher, passa a constituir-se como pai e mãe, o que vem alterar profundamente as suas dinâmicas individuais e de ajustamento diádico. Essa transição conduz a mudanças importantes, tanto objetivas como relacionais, o que exige uma transformação e adaptação dos padrões anteriores de interação conjugal (DGS, 2005). A vinda desta criança vai reorganizar o funcionamento familiar em geral e particularmente o funcionamento do casal, pois existe a necessidade do espaço desta nova criança, podendo desencadear reações diferentes (DGS, 2005).

Como já referimos anteriormente, na vivência da gravidez existem determinadas tarefas desenvolvimentais características deste trajeto, estas são: reavaliar e reestruturar a relação com os pais; reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/ companheiro.

Estas tarefas desenvolvimentais, quer as mudanças na gravidez quer na transição para a parentalidade trazem ganhos e perdas, associados aos significados que cada representa para a mulher ou para o homem, que exigem uma variedade de respostas (Canavarro & Pedrosa, 2005).

De acordo com Silva e Figueiredo (2005), a gravidez apresenta um desafio na preparação para o relacionamento triádico, e em simultâneo na relação diádica com o companheiro, incluindo a sexualidade como fonte de ligação emocional. Estas mudanças que têm que ser aprendidas podem conduzir a um aumento de stress e dificuldades ao nível do relacionamento conjugal.

## **2.5. Vivência psicológica da gravidez após Procriação Medicamente Assistida**

Existem pouco estudos realizados sobre a vivência psicológica da gravidez após sucesso num tratamento de medicina de reprodução (e.g. Almqvist, Punamaki Repokari, Roikkeus, Sinkkonen, Tiitinen, Tulppala, Unkila-Kallio & Vilska, 2005; Chibber & Al-Sibai, 2007; Gameiro, Moura-Ramos, Canavarro & Soares, 2010; Hammarberg, Fisher & Wynter, 2008) nomeadamente em Portugal, embora haja um recente interesse sobre a infertilidade em Portugal.

Segundo Fisher (2009) nos últimos anos, o número de crianças nascidas após tratamento de PMA tem vindo a aumentar. As gravidezes após PMA apresentam riscos mais elevados tanto para a mãe como para o bebé, pois segundo vários autores (e.g. Olivennes et al., 1993; Wang et al, 1994; Tallo et al, 1995; Dulude et al., 2002; Waters et al., 2006) há o risco de hemorragia pré-parto, parto prematuro, baixo ou muito baixo peso da criança ao nascer. No entanto os riscos predominantes são aqueles associados à idade avançada da mãe e à gestação gemelar, por isso muitas vezes as gravidezes são consideradas como gravidezes de alto risco.

De acordo com vários autores (e.g. Hjelmstedt, Widstrom & Collins, 2006; Ulrich, Gagel, Hemmerling, Pastor & Kentenich, 2004) a gravidez após PMA, acarretam sintomas ansiosos, devido à experiência da infertilidade e posteriormente a transição para a parentalidade, que pode influenciar a vivência deste momento e de momentos futuros.

Alguns autores (e.g. Burns, 1990, 1999; Hammarberg, Fisher & Wynter, 2008) afirmam a existência de evidências de efeitos adversos no bem-estar emocional, na satisfação com a vida e na autoestima. Afirmam ainda que a gravidez e a parentalidade após tratamentos de PMA pode estar associada a ansiedade elevada sobre a perda da gravidez, a uma diminuição da confiança por parte materna, e ao facto de os pais se tornarem hiper vigilantes e superprotetores (Fisher, 2009).

Fisher (2009) sugere que as mães que passaram por uma gravidez após tratamentos de PMA, são mais superprotetoras e recordam a infertilidade como um evento de vida negativo. No que remete para a parentalidade os pais podem ser menos conscientes dos desafios inerentes levando a um esforço maior para se sentirem eficazes. Muitas vezes os pais criam ideias irrealistas, o que torna mais difícil a

adaptação à inevitável ambivalência da parentalidade, também aqui presente a dificuldade por parte dos pais, no que concerne ao desenvolvimento individual da criança, por isso podem ser menos capazes de fomentar a capacidade de auto-suficiência na criança.

De acordo com o estudo de Gameiro, Moura – Ramos, Canavarro & Soares (2010) concluiu que os homens Portugueses e as mulheres que fizeram tratamento de PMA obtivera níveis de ajuste psicossocial durante a transição para a parentalidade semelhante aos dos homens e mulheres que engravidaram espontaneamente.

## **Parte II – Estudo Empírico**

O estudo que aqui se apresenta tem como tema “A gravidez após acompanhamento num Serviço de Medicina de Reprodução” E corresponde a um estudo exploratório que resulta de um protocolo conjunto entre a Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa (FEP-UCP) e um Centro Hospitalar do norte do país. Neste âmbito o presente trabalho procura contribuir com resultados preliminares que permitam a estruturação de um projeto mais alargado nos próximos anos.

### **1. Objetivo geral, objetivos específicos e hipóteses**

Este estudo tem como objetivo geral estudar a vivência da gravidez num grupo de casais após o acompanhamento num serviço de medicina de reprodução, nomeadamente as atitudes sobre a gravidez e a parentalidade, ansiedade, depressão e ajustamento diádico.

Os objetivos específicos são:

1. Conhecer as características da vivência psicológica da gravidez nas mulheres após sucesso de um acompanhamento com intervenção de PMA;
2. Conhecer as características da vivência psicológica da gravidez nos homens após sucesso de acompanhamento com intervenção de PMA;
3. Verificar se existe diferenças quanto às atitudes sobre a gravidez e a maternidade entre um grupo de mulheres que engravidaram após PMA e os valores obtidos no estudo de validação da EAGM realizado com grávidas da população em geral;
4. Verificar a existência de diferenças quanto às atitudes sobre a gravidez e a paternidade entre um grupo de homens que após sucesso (gravidez) com intervenção de PMA e os valores obtidos no estudo de validação da EAGP realizado com homens da população em geral;
5. Averiguar a existência de ansiedade nos homens e nas mulheres após sucesso (gravidez) de intervenção de PMA;
6. Conhecer a existência de depressão nos homens e nas mulheres após sucesso (gravidez) de um acompanhamento de PMA;
7. Comparar resultados quanto à depressão e ansiedade nos homens e nas mulheres após sucesso (gravidez) da realização de PMA;
8. Conhecer as características do ajustamento diádico, ao nível do consenso da satisfação e da coesão, após o sucesso de um acompanhamento com intervenção de PMA nos homens e nas mulheres;

9. Comparar resultados quanto ao ajustamento diádico nos homens e nas mulheres após sucesso (gravidez) da realização de PMA;
10. Verificar a existência de correlação entre a vivência psicológica da gravidez e a ansiedade e depressão e características do ajustamento diádico no homem e na mulher, após sucesso (gravidez) de PMA.

Para o presente estudo foram elaboradas as seguintes hipóteses de investigação:

- H1:** A vivência psicológica da gravidez na mulher após PMA é diferente da vivência psicológica da gravidez nas mulheres da população geral.
- H2:** A vivência psicológica da gravidez nos homens após PMA é diferente da vivência psicológica da gravidez nos homens da população geral.
- H3:** Os homens e as mulheres da amostra apresentam sintomatologia ansiosa após o sucesso (gravidez) de realização de PMA.
- H4:** Os homens e as mulheres da amostra apresentam sintomatologia depressiva após o sucesso (gravidez) de realização de PMA.
- H5:** Existem diferenças significativas entre o homem e a mulher, no que diz respeito à ansiedade após o sucesso (gravidez) de realização de PMA.
- H6:** Existem diferenças significativas entre o homem e a mulher, no que diz respeito à depressão após o sucesso (gravidez) de realização de PMA.
- H7:** Existem diferenças significativas entre o homem e a mulher, no que diz respeito ao ajustamento diádico após sucesso (gravidez) de realização de PMA.
- H8:** Existem correlações positivas entre os resultados das subescalas de Ansiedade e Depressão, nas subescalas sobre a vivência psicológica de gravidez e nas subescalas sobre o ajustamento diádico, na mulher após PMA.
- H9:** Existem correlações positivas entre os resultados das subescalas de Ansiedade e Depressão, nas subescalas sobre a vivência psicológica de gravidez e nas subescalas sobre o ajustamento diádico, no homem após PMA.
- H10:** Existem correlações positivas entre os resultados das subescalas de Ansiedade e Depressão, nas subescalas sobre a vivência psicológica de gravidez e nas subescalas sobre o ajustamento diádico, no homem e na mulher após PMA.

## 1. Metodologia

### 2.1. Participantes

O grupo de participantes neste estudo é constituído por 19 casais grávidos após recurso a técnicas de PMA no serviço de medicina de reprodução do centro hospitalar do Norte do país, cuja gravidez foi acompanhada (consulta externa de Obstetrícia) na mesma unidade hospitalar entre janeiro a maio do presente ano. Trata-se pois de uma amostra de conveniência.

Seguidamente apresentam-se duas tabelas com os dados referentes à caracterização sociodemográfica (cf. Tabela 1) e à caracterização da gravidez dos participantes (cf. Tabela 2). A amostra é de 19 casais: 19 homens e 19 mulheres.

Os homens têm uma média de idade de 36,44 ( $DP= 5,45$ ) as mulheres têm uma média de idades de 34,32 ( $DP= 3,04$ ).

**Tabela 1**  
*Caracterização sociodemográfica.*

Variáveis Sociodemográficas	Homens		Mulheres		
	N	%	N	%	
Idade	≤ 30	3	15,8	2	10,5
	31 - 35	3	15,8	10	52,6
	36 - 40	6	31,6	7	36,8
	≥ 41	4	21,1	-	-
Estado civil	Casado/a	11	57,9	14	73,7
	União de Fato	5	26,3	5	26,3
Nível de escolaridade	Licenciado	3	15,8	6	31,6
	Secundário	5	26,3	8	42,1
	2º e 3º Ciclo	8	42,1	4	21,1
Número de filhos	Nenhum	13	68,4	17	89,5
	1	1	5,3	2	10,5
	Sem informação	0	0	0	0

**Tabela 2**  
*Caracterização da gravidez.*

	Homens		Mulheres		
	N	%	N	%	
Tempo de gravidez (semanas)	Até às 7 Semanas	1	5,3	1	5,3
	7- 14 Semanas	1	5,3	1	5,3
	15 - 21 Semanas	2	10,5	2	10,5
	22 - 28 Semanas	5	26,3	9	47,4
	29 - 35 Semanas	3	15,8	4	21,1
	36 - 41 Semanas	1	5,3	2	10,5
	Masculino	7	36,8	7	36,8
Género do bebé	Feminino	5	26,3	8	42,1
	Sem informação	0	0	0	0

## 2.2. Instrumentos

Os instrumentos utilizados no presente estudo de forma a dar resposta aos objetivos propostos foram a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Snaith & Zigmond, 1994, versão portuguesa de Ribeiro, 2007), a Escala de Ajustamento Diádico Revista (RDAS) Busby, Cristensen, Crane & Larson, (1995), versão Portuguesa de Pereira (2004). Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade (EAGP) (Caeiro & Xavier, 2010, versão de estudo) e por último a escala de atitudes sobre a gravidez e maternidade (EAGM) (Paul, Sousa & Xavier, 2001, cedido pelos autores).

A versão portuguesa da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Ribeiro 2007) mostra propriedades psicométricas semelhantes às propriedades psicométricas em estudos internacionais, sugerindo que mede as mesmas construções, do mesmo modo, como a versão original (Ribeiro 2007). A HADS é um instrumento utilizado para identificar casos possíveis e prováveis de perturbação de ansiedade e depressão em pacientes em contexto hospitalar. Esta escala apresenta 14 itens, cada item é respondido pelo indivíduo numa escala ordinal de quatro posições (0-3). O valor 0 refere-se à menor gravidade e o 3 à maior gravidade, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. A HADS está dividida em 2 sub-escalas: sub-escala de ansiedade (HADS-A) e sub-escala de depressão (HADS-D) (Bjelland, Dahl, Haug, Neckelmann, 2002). De acordo com Snaith e Zigmond (1994), deve-se adotar os pontos de corte recomendados para ambas as escalas: sem ansiedade/ depressão de 0 a 8 e com ansiedade/ depressão  $\geq 9$ .

Esta escala é útil para a avaliação de sintomatologia depressiva ou ansiosa, em população não psiquiátrica, sendo um indicador clínico, excluindo sintomas somáticos (insónia, lentificação...) inerentes ao acompanhamento em contexto hospitalar (e.g. Alli, Marcolino, Mathias, Filho, Guaratini & Suzuki, 2007). Esta escala tornou-se um instrumento popular nos últimos anos para avaliar níveis de ansiedade e depressão em mulheres grávidas (e.g. Axelsson, Cederholm & Sjoden, 2001; Jomeen &

Martin, 2004). A HADS é um bom instrumento para utilizar nesta população pois a sintomatologia somática característica dos processos de PMA não é tida em conta, e portanto não interfere nos resultados da escala.

A Escala de Ajustamento Diádico Revista (R-DAS) (Busby, Cristensen, Crane & Larson, 1995), versão Portuguesa de Pereira (2004) é um instrumento originalmente composto por 32 itens e quatro subescalas (consenso, satisfação, coesão e expressão). Foi utilizada a versão revista, que segundo Busby (1995), é uma alternativa mais fiável à versão original. Busby, Christensen, Crane & Larson (1995), propuseram uma versão mais curta com apenas 14 itens, distribuídos por três fatores: Consenso, Satisfação e Coesão. Dinkel & Balck (2006), defendem que o modelo revisto tem melhores qualidades psicométricas do que a original (Costa, Pereira, Leal, 2011). No desenvolvimento da versão portuguesa da RDAS procurou-se manter a escala o mais equivalente possível em termos linguísticos e conceptuais à versão original americana. A versão final e o original em inglês foram analisados por um grupo de Psicólogos (investigadores e clínicos), de forma a confirmar-se a adequação da tradução e validade facial dos itens. Os autores da versão Portuguesa referem que A Escala de Ajustamento Diádico Revista (R-DAS) (Busby, Cristensen, Crane & Larson, 1995; versão Portuguesa de Pereira, 2004), é um instrumento utilizado para avaliar a qualidade do relacionamento conjugal no geral. Consiste num questionário de autopreenchimento de 14 itens e divide-se em três subescalas que podem ser analisadas separadamente: consenso diádico, satisfação diádica e coesão diádica. No consenso diádico a cotação varia de 5 (sempre de acordo) a 0 (sempre em desacordo). Na satisfação diádica, varia de 0 (sempre) a 5 (nunca) e na coesão, o item 11 varia de 0 (nunca) a 4 (todos os dias) e os restantes itens 12, 13 e 14 variam de 0 (nunca) a 5 (frequentemente). Valores elevados indicam melhor relacionamento conjugal.

A “Escala de Atitudes sobre a gravidez e a paternidade” (Caeiro & Xavier, 2010) avalia as atitudes face à gravidez e a paternidade. É uma escala de autopreenchimento do tipo Likert destinado aos pais que esperam o nascimento de um filho(a), possibilitando o conhecimento dos fenómenos da gravidez e da paternidade vivenciados pelo futuro pai e a compreensão de algumas dimensões da relação pai-bebé, durante a gravidez (Caeiro & Xavier, 2010). Esta escala é constituída por 76 itens que se organizam em 8 dimensões ou subescalas: a subescala “Mudanças positivas associadas à gravidez e à paternidade”, a subescala “Presença, envolvimento e suporte com a gravidez, a grávida o bebé” a subescala “Alterações na estrutura individual, conjugal e familiar” a subescala “Preocupações e necessidade de apoio a subescala “Antecipação de satisfação e gratificação a subescala “Antecipação de dificuldades no período pós-natal” a subescala “Sintomatologia física e/ ou psicológica associada à gravidez” e por fim a subescala “Ciúmes do bebé e/ ou da mulher” (Caeiro & Xavier, 2010).

“A Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade” (EAGM) (Xavier & Paúl, 1996; Xavier, Paul & Sousa, 2001) dirige-se a mulheres grávidas e foi construída com o objetivo de avaliar as atitudes em relação à gravidez e à maternidade. Esta escala é constituída por 42 itens, avaliados através de uma escala de tipo Likert de quatro pontos (1- “sempre”; 2- “muitas vezes”, 3- “poucas

vezes”, “nunca”), que se organizam em sete subescalas, sendo estas: Filho Imaginário (FI); Boa Mãe (BM); Gravidez como Fator de Mudança e Crescimento Pessoal (GFMCP); Aspetos Difíceis da Gravidez e da Maternidade (ADGM), Relação com a Própria Mãe (RPM), Apoio do Marido/Companheiro (AMC) e Imagem Corporal e Necessidade de Dependência (ICND). Os autores deste instrumento afirmam que este possui qualidades psicométricas, ao nível da fidelidade, consistência interna, fiabilidade, validade de conteúdo e validade discriminativa (Xavier, Paul & Sousa, 2001).

Os dois últimos instrumentos apresentados integram ainda um cabeçalho que permite reunir informação quanto à caracterização sociodemográfica (ex.: idade; estado civil; nível de escolaridade; número de filhos) e quanto à caracterização da gravidez (ex.: tempo de gravidez e género do bebé).

## **2.3 Procedimentos**

### **2.3.1. Procedimentos de recolha de dados**

Para a concretização deste estudo, foi pedida autorização à Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Norte do país onde se realizou o estudo, especificando o seu objetivo bem como a descrição sobre a metodologia a utilizar. Após a obtenção da autorização por parte da Comissão de Ética iniciou-se a recolha de dados que decorreu entre janeiro e maio de 2014. Como já indicado anteriormente foi então requerida a participação de casais que após sucesso de gravidez no serviço de procriação medicamente assistido (PMA), continuaram a ser acompanhados nas consultas externas de obstetrícia, onde todas as grávidas pós – PMA são seguidas até ao término da gravidez.

Os casais foram contactados na sala de espera da Consulta Externa de Ginecologia /Obstetrícia, enquanto aguardavam pela consulta. A entrega dos instrumentos foi realizada através do contacto direto sendo os instrumentos entregues em mão a ambos os membros do casal. Quando apenas a grávida esteve presente na consulta, é solicitado que leve o conjunto de instrumentos (em envelope) para o marido/companheiro, indicando que deverá ser devolvido na consulta seguinte. Previamente à entrega dos questionários foram explicados os objetivos da investigação e pedido o preenchimento do formulário de consentimento informado (Anexo 1). No consentimento informado o estudo é brevemente apresentado, garantido o anonimato dos participantes e explicado que serão utilizados apenas os dados na sua globalidade.

O preenchimento teve a duração média de 15 minutos.

### **2.3.2. Procedimentos de análise de dados**

Após a recolha dos dados fez-se a cotação dos instrumentos e introduziu-se os dados na base previamente elaborada, recorrendo ao programa informático *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20 para Windows. Primeiramente utilizou-se uma análise estatística descritiva de forma a caracterizar os participantes (utilizando os dados disponíveis nos cabeçalhos de dois dos

instrumentos). Utilizamos a análise inferencial para comparar grupos (estatística não paramétrica). Para analisar os resultados da Escala de Atitudes Sobre a Gravidez e a Maternidade (EAGM) (Paúl, Sousa & Xavier, 2001, cedido pelos autores) e a Escala de Atitudes Sobre a Gravidez e a Paternidade (EAGP) (Caeiro & Xavier, 2010, cedido pelos autores) foram realizados testes  $z$  (tendo em conta os valores da média e desvio padrão da população em geral). Utilizou-se a seguinte fórmula  $Z$  (Clark-Carter, 1997) para se calcular os valores de  $z$  das diferentes subescalas que estes instrumentos avaliam:

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

Depois de calculados os valores de  $z$ , estes valores foram analisados na tabela de probabilidades de  $z$  (Clark-Carter, 1997), obtendo-se os valores de  $p$ -value que mostraram a existência ou não de diferenças significativas entre os grupos.

Para analisar os resultados da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS e da Escala de Ajustamento Diadica Revista (RDAS), foi utilizado o teste de Wilcoxon ( $Z$ ).

Por fim utilizamos a análise correlacional (Correlação de *Sperman*) de forma a perceber se existe correlação entre diferentes dimensões dos instrumentos.

Seguidamente são apresentados os resultados.

## 2. Resultados

A apresentação da análise de dados obedece à ordem pela qual foram formulados os objetivos. Assim, tendo em conta os objetivos 1 e 2, apresentamos os resultados obtidos para as sete subescalas da Escala de Atitudes sobre a Gravidez Materna - EAGM (Paúl, Sousa & Xavier, 2001, cedido pelos autores) bem como a comparação dos valores obtidos pela amostra com os valores obtidos no estudo de validação realizado com grávidas da população em geral (cf. Tabela 3).

**Tabela 3***Resultados das sete subescalas da EAGM.*

Subescalas da EAGM	Amostra (N=19)		População Geral		Z
	M	DP	M	DP	
O Filho Imaginado	9.21	2.42	13.59	2.15	8.94***
Boa Mãe	16.00	3.53	20.09	3.97	4.59***
Gravidez como fator de Mudança/Crescimento Pessoal	10.11	2.05	12.32	3.47	2.79**
Aspetos Difíceis da Gravidez/Maternidade	23.16	3.79	23.09	3.72	.08
Relação com a Própria Mãe	5.53	1.43	6.48	2.03	.48
Apoio ao Marido/Companheiro	4.63	1.12	5.79	1.70	2.97***
Imagem Corporal e Necessidades de Dependência	8.37	2.27	8.71	2.34	.63

\*\*p ≤ .01

\*\*\* p ≤ .001

De acordo com os dados acima indicados verificou-se que existe diferenças significativas em termos estatísticos, comparativamente à população em geral nas subescalas: “Filho imaginado”; “Boa Mãe”; “Gravidez como fator de Mudança/ Crescimento Pessoal Para a subescala” e “Apoio ao Marido/ Companheiro”. Nas restantes subescalas: “Aspetos Difíceis da Gravidez/Maternidade”; “Relação com a Própria Mãe” e “Imagem Corporal e Necessidades de Dependência”, não foram encontradas diferenças significativas em termos estatísticos dos da população em geral.

Em seguida serão apresentados os resultados relativos aos valores obtidos para as oito subescalas ou dimensões da Escala das Atitudes Sobre a Gravidez e a Parentalidade – EAGP (Caeiro & Xavier, 2010, versão em estudo), de forma a responder aos objetivos 3 e 4 (cf. Tabela 4).

**Tabela 4***Resultados das oito subescalas da EAGP.*

Subescalas da EAGP	Amostra (N=19)		População Geral		Z
	M	DP	M	DP	
Mudanças Positivas Associadas à Gravidez e à Parentalidade	14.74	3.28	14.15	4.33	.59
Presença, Envolvimento e Suporte com a Gravidez, a Grávida e o Bebê	19.37	3.95	18.62	4.25	.77
Alterações na Estrutura Individual, Conjugal e Familiar	16.79	4.67	14.55	4.61	2.11**

Preocupações e Necessidade de Apoio	21.58	4.26	26.01	5.67	3.41***
Antecipação de Satisfação e Gratificação	22.37	4.88	10.26	2.89	18.35***
Antecipação de Dificuldades no Período Pós-Natal	17.84	3.42	18.09	3.35	.32
Sintomatologia Física e/ou Psicológica Associada à Gravidez	13	2.43	13.59	2.16	1.20
Ciúmes do Bebê e/ou da Mulher	5.53	1.07	7.78	.61	16.07***

\*\* $p \leq .01$

\*\*\*  $p \leq .001$

Relativamente aos dados apresentados na tabela 4, verificou-se que existe diferenças significativas em termos estatísticos, comparativamente à população em geral nas subescalas: “Alterações na Estrutura Individual, Conjugal e Familiar”; “Preocupações e Necessidade de Apoio”; “Antecipação de Satisfação e Gratificação” e ainda “Ciúmes do Bebê e/ou da Mulher”. Nas restantes subescalas: “Mudanças Positivas Associadas à Gravidez e à Parentalidade”; “Presença, Envolvimento e Suporte com a Gravidez, a Grávida e o Bebê”; “Antecipação de Dificuldades no Período Pós-Natal” e “Sintomatologia Física e/ou Psicológica Associada à Gravidez”, não foram encontradas diferenças significativas em termos estatísticos dos da população em geral.

Tendo em conta o objetivo específico nº 5, relativo à existência de ansiedade e depressão nos homens e nas mulheres, segue-se na tabela 5. Para avaliar a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva, foram adotados pontos de corte (Snaith & Zigmond, 1994, versão portuguesa de Ribeiro, 2007), recomendados para ambas as escalas (9).

**Tabela 5**

*Resultados da escala HADS, em ambos os géneros, de acordo com o ponto de corte.*

Ponto de corte da HADS	Homens		Mulheres	
	Ansiedade	Depressão	Ansiedade	Depressão
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
$\geq 9$	2 (10.5%)	0 (0%)	6 (31.6%)	0 (0%)
$\leq 9$	17 (89.5)	19 (100%)	13 (68.4%)	19 (100%)

A tabela que se segue pretende responder ao objetivo 7 de forma a compreender se existem diferenças significativas entre o homem e a mulher, no que diz respeito aos resultados das subescalas

Ansiiedade e Depressão da Escala Hospitalar de Ansiiedade e Depressão – HADS (Snaith & Zigmond 1994, versão portuguesa de Ribeiro, 2007) após o sucesso (gravidez) de realização de PMA.

**Tabela 6**  
*Resultados da escala HADS, em ambos os géneros*

HADS	Homens		Mulheres		Z*
	M	DP	M	DP	
Ansiiedade	5	3.87	6.32	3.92	-2.00*
Depressão	2.11	1.82	3.00	2.31	1.48

\*Wilcoxon Test, Z

\*p ≤ .05

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativa apenas na escala de ansiiedade, sendo que o resultado nas mulheres (M= 6.32; DP=3.92) é mais elevado que nos homens (M= 5; DP=3.87).

De forma a cumprir o objetivo 8, que pretende conhecer as características do ajustamento diádico, segue na tabela 7 a análise dos dados da Escala de Ajustamento Diádico Revista - RDAS (Busby, Cristensen, Crane & Larson, 1995; versão Portuguesa de Pereira, 2004).

**Tabela 7**  
*Resultados da escala RDAS, em ambos os géneros.*

RDAS	Homens N (%) = 17 (89.5%)		Mulheres N (%) = 19 (100%)		Z*
	M	DP	M	DP	
Consenso Diádico	26.35	2.47	27.21	2.09	-2.02*
Satisfação Diádico	19.82	1.24	20.06	2.00	-.72
Coessão Diádico	11.82	3.23	11.47	4.07	.24

\*p ≤ 0.05

É verificável que existem diferenças estatisticamente significativas na subescala consenso diádico entre homens e mulheres, sendo que a média dos valores obtidos pelas mulheres são mais elevados que a média dos valores obtidos pelos homens.

Seguidamente procedeu-se as correlações de *Spearman* entre as subescalas dos diferentes instrumentos: Escala de Atitude Sobre a Gravidez e a Maternidade - EAGM (Paúl, Sousa & Xavier, 2001), Escala de Atitudes Sobre a Gravidez e a Paternidade - EAGP (Caeiro & Xavier, 2010), a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Snaith & Zigmond, 1994, em versão portuguesa de Ribeiro, 2007), e a Escala de Ajustamento Diádico Revista – RDAS (Busby, Cristensen, Crane & Larson, 1995; versão Portuguesa de Pereira, 2004) (objetivos específicos, de avaliar a qualidade do relacionamento conjugal no geral). Os resultados estatisticamente significativos encontram-se na tabela 8.

**Tabela 8***Correlações significativas entre as subescalas das EAGM, EAGP, HADS e RDAS.*

	FI	BM	GFMCP	ADGM	RPM	AMC	ICND	HADS AP	HADS DP	HADS AM	HADS DM	Consenso M	Satisfação M	Coesão M	Consenso P	Satisfação P	Coesão P	
Mudanças das atitudes à Gravidez e à Parentalidade. Presença, Envolvimento e Suporte com a Gravidez, a Gravidez e o Bebê. Alterações na Estrutura Individual, Conjugal e Familiar. Preocupações e Necessidades de Apoio. Antecipação de Satisfação e Gratificação. Antecipação de Dificuldades no Período Pós-natal. Sintomatologia Física e/ou Psicológica Associada à Gravidez. Ciúmes do Bebê e/ou da Mulher.																		
HADS AM								.505*										.622*
HADS DM																		
HADS AP										.505*								
HADS DP																		
Consenso P																		.496*
Satisfação P																		
Coesão P																		
Consenso M																		
Satisfação M																		
Coesão M																		

\*p ≤ .05 \*\*p ≤ .01 \*\*\*p ≤ .001

Legenda:

HADS AM- Ansiedade Materna; HADS DM – Depressão Materna; HADS AP – Ansiedade Paterna; HADS DP- Depressão paterna; RDAS M- Materna; RDAS P – Paterna

FI- “Filho Imaginado”; BM – “Boa Mãe”; GFMCP – “Gravidez como mudança/crescimento pessoal”; ADGM – “Aspetos difíceis da gravidez/maternidade”; RPM – “Relação com a própria mãe”; AMC – “Apoio ao marido/companheiro”; ICND – “Imagem corporal e necessidades de dependência”.

De acordo com as correlações entre as escalas de EAGM e a EAGP foi possível verificar que apenas a subescala “Ciúme do bebê e / ou da mãe” (CBM) se correlaciona positivamente com as subescalas, o “Filho Imaginado” (FI) e correlaciona-se negativamente com a “Gravidez como Fator de Mudança e Crescimento Pessoal” (GFMCP).

No se refere às correlações entre as subescalas de ansiedade e depressão, do homem e da mulher, verificou-se apenas a existência de uma correlação positiva entre a “ansiedade materna” e a “ansiedade paterna”. Relativamente à correlação entre as subescalas de ansiedade com a Escala de Ajustamento Diádico Revista – RDAS, verificou-se quanto à subescala “ansiedade materna” uma correlação com a subescala “coesão paterna”. No que concerne à subescala “ansiedade paterna” verificou-se uma correlação negativamente com a subescala “consenso materno”.

Relativamente às correlações entre a Escala de Ajustamento Diádico Revisto – RDAS e a escala EAGM e EAGP, verificou-se a existência de correlação positiva entre a subescala paternas: “Consenso diádico paterno” e a subescala “Sintomatologia física e / ou psicológica associada à gravidez (SFPAG), verificou-se ainda a existência de correlação negativa entre “Satisfação diádica paterna” e a subescala “Mudanças Positivas associadas à gravidez e à parentalidade (MPAGP) e por fim a subescala “Coesão paterna” correlaciona-se positivamente com o item “Gravidez como Fator de Mudança e Crescimento Pessoal (GFMCP). No que remete para as subescalas maternas verificou-se a existência de correlação entre a subescala “Satisfação materna” e o item “Boa Mãe” (BM) e ainda a existência de correlação ente a subescala “Coesão materna” e o item “Apoio ao Marido / Companheiro (AMC).

Para terminar foi ainda possível verificar correlações entre géneros na Escala de Ajustamento Diádico Revisto – RDAS, assim sendo verificou-se a existência de correlação entre as subescalas “Consenso paterno” e a subescala “Consenso Materno”, verificou-se ainda existência de correlação entre a subescala “Satisfação paterna” e a subescala “Consenso materno”, por fim verificou-se a existência de correlação entre a subescala “Consenso paterno” e a subescala “Satisfação materna”.

## 7. Discussão dos Resultados

O presente estudo teve como objetivo geral estudar a vivência da gravidez no homem e na mulher após o acompanhamento num serviço de medicina da reprodução. A amostra foi constituída por 38 pessoas, 19 casais (19 homens, 19 mulheres), para os homens de 36,44 (DP= 5.45) e para as mulheres uma média de idades de 34,32 (DP= 3,04). A maioria dos casais pertencentes à amostra são casados (N = 19). Verificou-se que as mulheres apresentam um nível escolar superior ao dos homens. A maioria dos casais que participaram neste estudo não têm filhos anteriores a esta gravidez. O género do bebé com maior prevalência nesta amostra é o feminino.

Neste ponto pretende-se discutir e interpretar os resultados obtidos tendo em conta as hipóteses de investigação previamente formuladas. Na discussão dos resultados vão ser primeiramente abordados os resultados obtidos nas subescalas dos instrumentos utilizados – EAGM, EAGP, HADS e RDAS. Segue-se a discussão dos resultados observados nas correlações de *Spearman* entre as subescalas dos referidos instrumentos.

Resumindo e relembrando as hipóteses anteriormente formuladas, podemos concluir que no que se refere à hipótese 1 “A vivência psicológica da gravidez na mulher após PMA é diferente da vivência psicológica da gravidez nas mulheres da população geral” aceitamos a hipótese embora só em determinadas subescalas se verificou a existência de valores estatisticamente significativos; relativamente à hipótese 2 “A vivência psicológica da gravidez nos homens após PMA é diferente da vivência psicológica da gravidez nos homens da população geral” tal como na hipótese 1 aceitamos a hipótese, embora só em determinadas subescalas haja valores estatisticamente significativos; no que se refere à hipótese 3 “Os homens e as mulheres da amostra apresentam sintomatologia ansiosa após o sucesso (gravidez) de realização de PMA” aceitamos esta hipótese visto que ambos os géneros apresentam sintomatologia ansiosa; relativamente à hipótese 4 “Os homens e as mulheres da amostra apresentam sintomatologia depressiva após o sucesso (gravidez) de realização de PMA”, rejeitamos a hipótese, pois nem os homens nem as mulheres da amostra apresentam sintomatologia ansiosa. No que se refere à hipótese 5 “Existem diferenças significativas entre o homem e a mulher, no que diz respeito à ansiedade após o sucesso (gravidez) de realização de PMA”, aceita-se a hipótese pois as mulheres apresentam maior sintomatologia ansiosa do que os homens; na hipótese 6 “Existem diferenças significativas entre o homem e a mulher, no que diz respeito à depressão após o sucesso (gravidez) de realização de PMA” rejeita-se a hipótese pois os valores obtidos não apresentam diferenças estatisticamente significativas. Na hipótese 7 “Existem diferenças significativas entre o homem e a mulher, no que diz respeito ao ajustamento diádico após sucesso (gravidez) de realização de PMA” aceita-se parcialmente esta hipótese, visto que só na subescala do consenso diádico existem diferenças estatisticamente significativas. Relativamente à hipótese 8, 9 e 10 “Existem correlações positivas entre os resultados das subescalas de Ansiedade e Depressão, nas subescalas sobre a vivência psicológica de

gravidez e nas subescalas sobre o ajustamento diádico, na mulher após PMA”, “Existem correlações positivas entre os resultados das subescalas de Ansiedade e Depressão, nas subescalas sobre a vivência psicológica de gravidez e nas subescalas sobre o ajustamento diádico, no homem após PMA” e “Existem correlações positivas entre os resultados das subescalas de Ansiedade e Depressão, nas subescalas sobre a vivência psicológica de gravidez e nas subescalas sobre o ajustamento diádico, no homem e na mulher após PMA” aceitam-se as hipóteses, pois tanto no homem como na mulher separadamente existem correlações positivas estatisticamente significativas, e em ambos os géneros também existem valores estatisticamente significativos.

Segue-se detalhadamente a discussão dos resultados.

Quanto à primeira hipótese formulada, a vivência psicológica da gravidez na mulher após o sucesso (gravidez) de PMA é diferente da vivência psicológica da gravidez nas mulheres da população geral, verificou-se após a análise dos resultados da Escala das Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (Paúl, Sousa & Xavier, 2001), diferenças significativas nas subescalas “filho Imaginado”; “Boa Mãe”; “Gravidez como fator de Mudança / Crescimento Pessoal” e na subescala “Apoio ao marido / Companheiro”.

A Subescala “Filho imaginado” apresentou diferenças estatisticamente significativas sendo que os valores obtidos na amostra foram inferiores à população geral. Esta subescala avalia as expectativas da mulher grávida face ao futuro do bebé. Estes resultados podem estar associados à história anterior de infertilidade e à vivência do processo de PMA que poderão ter levado a valores baixo, valores estes que nesta escala correspondem a um maior investimento na imaginação relativamente ao futuro do seu bebé e às atividades que poderão realizar juntos. É durante a gravidez que se inicia a interação mãe – bebé e com esta interação surgem as expectativas que são originadas através do mundo interno, que proporciona a necessidade de que o bebé seja investido de desejos e fantasias para começar a existir enquanto ser humano (Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004). Tendo em conta a história passada dos processos de PMA, os valores obtidos apontam para um maior investimento face ao futuro.

Na subescala “Boa Mãe” verificaram-se valores estatisticamente significativos sendo os valores obtidos na amostra foram inferiores aos valores da população geral. Esta subescala avalia a expectativa da mulher grávida enquanto o seu papel de mãe. No momento da gravidez a mulher tem que reestruturar a sua vida assim como os papéis que exerce (Piccinini, Gomes, Nardin & Lopes, 2008). A gravidez é um período crítico, em que podem estar associados fatores de risco, como, as vivências infantis traumáticas, a depressão materna, a violência domestica, o consumo excessivo de álcool e a toxicodpendência, podem comprometer as capacidades parentais (DGS, 2005). O facto destes casais terem percorrido um longo percurso para obterem a gravidez pode suscitar dúvidas ao nível das capacidades enquanto mãe, criando situações imaginárias do cuidar e de momentos de proteção, com as mães mais preocupadas com este aspeto.

A subescala “Gravidez como fator de Mudança / Crescimento Pessoal” apresentou diferenças estatisticamente significativas sendo que os valores obtidos na amostra foram inferiores aos valores da população geral. Estes resultados podem estar associados ao facto de ao longo do processo de PMA, ser necessário um ajustamento das expectativas em relação à possibilidade de insucesso podendo existir nesse momento um crescimento pessoal elevado. Assim quando obtém um resultado de sucesso (gravidez) o mesmo é vivenciado como um fator de mudança e crescimento pessoal, tendo em conta o percurso dos tratamentos de PMA estas mulheres percebem a gravidez de uma forma diferente comparativamente à população geral (Santos & Ramos, 2010).

Na subescala “Apoio ao marido / companheiro” verificaram-se valores significativamente inferiores na amostra do presente estudo em comparação com a população geral. Estes resultados podem estar relacionados com o facto de a mulher ter passado por todo o processo de PMA o que leva a um desafio à sua identidade feminina o que pode provocar uma concentração na gravidez e no acontecerá depois do bebé nascer podendo assim desvalorizar o papel do marido/ companheiro (Cousineau & Domar, 2007; Gameiro, Silva & Canavarro, 2008). A literatura (Santos & Torres, 2010) também sugere que o processo de PMA pode ter um impacto negativo no ajustamento diádico, nomeadamente uma maior insatisfação na relação proporcionando um aumento dos conflitos e por sua vez um distanciamento entre o casal.

Relativamente à segunda hipótese a vivência psicológica da gravidez no homem após o sucesso (gravidez) de PMA é diferente da vivência psicológica da gravidez nos homens da população geral, verificou-se diferenças significativas após a análise dos resultados das diferentes subescalas da Escala de Atitudes Sobre a Gravidez e Parentalidade (Caeiro & Xavier, 2010). Assim das oito subescalas encontraram-se diferenças significativas em quatro delas: “Alterações na estrutura individual, conjugal e familiar”, “Preocupações e Necessidades de apoio”, “Antecipação de sentimentos e gratificações” e na subescala “Ciúmes do Bebê e/ou da mulher”.

Na subescala “Alterações na estrutura individual, conjugal e familiar” verificaram-se valores significativamente superiores na amostra quando comparados aos homens da população em geral. Segundo Canavarro e Pedrosa (2005), a transição para a parentalidade apresenta determinadas tarefas desenvolvimentais que dizem respeito tanto à mãe como ao pai e estas podem trazer ganhos e perdas associados a diversas respostas de cada um dos progenitores. Deste modo a vivência psicológica nos homens, nos dias de hoje e de acordo com o que foi anteriormente supracitado (e.g. Maldonado, Dickstein e Nahoum, 1997; Piccinini, Siva, Gonçalves & Lopes, 2004), estão mais envolvidos e têm um papel mais ativo no cuidado e na criação de um filho provocando maiores responsabilidades (DGS, 2005). Como os resultados apontam para um reconhecimento por parte dos homens para a mudança da sua vida com a gravidez e com a parentalidade o que parece ir de encontro à literatura. Para além disto estes resultados podem estar associados à vivência por parte do homem, desde o diagnóstico da infertilidade aos tratamentos de PMA como uma grande mudança.

Na subescala “Preocupações e Necessidade de Apoio” os homens que participaram no presente estudo apresentaram valores estatisticamente inferiores em relação à população em geral. Os referidos resultados em parte, não são corroborados com a literatura uma vez que a possibilidade da chegada de um novo membro à família parece trazer pensamentos e preocupações no género masculino nomeadamente ao nível da estabilidade do seu casamento, das alterações de planos no quotidiano e nos relacionamentos sociais, bem como à expectativa da sua eficácia enquanto pai (Bornholdt, Wagner, Staudt, 2007; Silva & Silva, 2009). Consineau & Domar (2007) referem que face ao diagnóstico de infertilidade e ao tratamento de PMA, os homens adaptam-se com maior facilidade a um estilo de vida que poderá ser sem filhos. Para além disto, e a fim de apoiarem as suas mulheres reprimem as suas emoções o que pode estar associado à reduzida preocupação e perceção de necessidade de apoio obtida no presente estudo (Consineau e Domar, 2007), ainda mais porque já têm a experiência em servirem de apoio à mulher durante o processo de PMA

A subescala “Antecipação de sentimentos e gratificações” apresentou diferenças estatisticamente significativas sendo que os valores obtidos na amostra foram superiores aos valores da população geral. Estes valores indicam que os homens da amostra não valorizam a antecipação de sentimentos e gratificações como os homens da população em geral. Tais resultados poderão dever-se a toda a vivencia do processo de tratamento de procriação medicamente assistida, agora durante a gravidez podem surgir pensamentos e/ou fantasias no homem, como o facto de o bebe possa trazer alguma instabilidade no casamento, já que muitos pais apontam haver uma diminuição da satisfação conjugal, da vida social e sexual do casal (Bornholdt, Wagner, Staudt, 2007).

Na subescala “Ciúmes do Bebê e/ou da mulher” verificaram-se diferenças significativas, sendo que os participantes apresentam valores inferiores em comparação com a população em geral. Nesta subescala aborda a existência de ciúmes do pai tanto em relação ao bebé como em relação à mulher (Caeiro & Xavier, 2010). Os resultados obtidos vão de encontro com a literatura, no sentido em que os homens da amostra apresentam mais ciúmes em relação aos homens grávidos da população geral. Este ciúme do bebé e/ ou da mulher pode ser dever-se ao facto de a vivência da gravidez quer por parte do homem quer por parte da mulher ser diferente, pois só a mulher sente o filho a crescer dentro de si, por isso segundo alguns autores (e.g. Maldonado, Dickstein e Nahoum, 1997), os pais não conseguem criar um vínculo sólido com o seu bebé. O envolvimento do pai durante a gestação pode ser desenvolvido através das atividades relativas às gestantes e aos preparativos para a chegada do bebé, do apoio emocional à mãe (Piccinini, Siva, Gonçalves & Lopes, 2004).

De forma a responder à hipótese elaborada relativa às diferenças nos resultados quanto à depressão e à ansiedade, foi utilizada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). Deste modo, na subescala de “ansiedade” as mulheres que participaram neste estudo apresentaram valores estatisticamente significativos em comparação com os participantes do sexo masculino. Sendo que a hipótese foi parcialmente... Os resultados apresentados estão de acordo com a literatura, uma vez que segundo Batista, Dahan & Torres (2006) a ansiedade é entendida como sendo um elemento emocional

que acompanha todo o período gestacional, até ao parto, e é caracterizada por um estado de insatisfação, insegurança, incerteza, bem como medo da experiência desconhecida. Embora os homens também exibam um aumento da sintomatologia ansiosa na sequência do ajustamento à parentalidade, sofrem um decréscimo desde a gravidez até ao pós-parto (Buist, Morse, & Durkin, 2003 cit in. Conde & Figueiredo 2007).

De acordo com Batista e colaboradores (2006), as mulheres apresentam mais sintomatologia depressiva do que os homens, devido aos fatores sociais, comportamentais e biológicos, que contribuem para o desencadeamento e manutenção da doença. No nosso trabalho tal não aconteceu (os resultados nas mulheres são mais elevados que nos homens mas a diferença não é estatisticamente significativa). Para além dos estudos realizados em torno da gravidez, distinguiu-se a existência de sintomatologia ansiosa e depressiva que engloba as vivências psicológicas desde o diagnóstico de infertilidade até à concretização de uma gravidez após tratamentos de PMA, um estudo realizado por Chiaffarino e colegas (Chiaffarino et al., 2011) cujo objetivo foi avaliar o estado psicológico dos casais submetidos a uma FIV, concluiu que 14,7% das mulheres apresentava sintomatologia ansiosa e 17,9% de sintomatologia depressiva, relativamente aos homens estes apresentavam 4,5% sintomatologia ansiosa e 6,9% de sintomatologia depressiva.

Relativamente ao ajustamento diádico foi utilizada a Escala de Ajustamento Diádico Revista (RDAS) de forma a responder aos objetivos 8 e 9 sobre as subescalas de ajustamento diádico. Verificaram-se valores superiores estatisticamente significativos por parte das mulheres participantes do estudo em comparação com os homens ao nível do consenso diádico, estes valores podem dever-se ao facto de existirem dois participantes do sexo masculino que não responderam ao instrumento. O facto de as mulheres apresentarem valores superiores, pode sugerir que para a mulher percebe-se os aspetos do relacionamento e de concordância entre o casal de forma coesa.

No que respeita ao último objetivo proposto neste estudo, a correlação dos instrumentos (EAGM, EAGP, HADS e RDAS) verificou-se que existe diversas correlações significativas. Seguindo a mesma ordem de apresentação de resultados anteriormente utilizada iniciamos pelas correlações entre as escalas de EAGM e a EAGP. Foi possível verificar que apenas a subescala “Ciúme do bebé e / ou da mãe” (CBM) (homens) se correlaciona positivamente com as subescalas, o “Filho Imaginado” (FI) e negativamente com a “Gravidez como Fator de Mudança e Crescimento Pessoal” (GFMCP) (mulheres). Estas correlações sugerem quanto maior a mãe referir aspetos relacionados com a imaginação em relação ao bebé, e referir a necessidade de mudança e crescimento pessoal, mais o pai vai apresentar sentimentos de ciúme em relação ao bebé e à mãe.

Na mulher a gravidez desencadeia profundas alterações e adaptações, tanto no seu corpo como no seu funcionamento psíquico, necessárias para promover o desenvolvimento do bebé (DGS, 2005). Durante a gravidez a mulher passa por mudanças físicas (organismo produz diferentes hormonas) e mudanças comportamentais, havendo aparecimento de sintomas como o cansaço, a irritabilidade, mudanças de apetite, prazer diminuído e perturbação de sono período são vividas diversas mudanças,

quer ao nível biológico, somático, psicológico e social, que representam uma experiência única e intensa, influenciando tanto a dinâmica psíquica individual como as relações sociais da mulher (e.g. Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004; Xavier, 2000; Justo, 2006). De acordo com alguns autores (e.g. Piccinini, Gomes, Nardin & Lopes, 2008) a gravidez é um momento de reestruturação na vida da mulher, pois esta desempenha tarefas desenvolvimentais ao longo da gravidez às quais tem que se ajustar. A gravidez no homem é expressada por atitudes, comportamentos e sentimentos através do envolvimento afetivo. Alguns autores (Bornholdt, Wagner & Staudt, 2007) referem-se à “síndrome de Couvade” como sendo uma expressão somática de ansiedade, a identificação do pai com a mulher grávida ou até mesmo a ambivalência do papel a desempenhar enquanto pai e toda essa adaptação à nova situação (Bornholdt, Wagner & Staudt, 2007). Os resultados aqui obtidos parecem apontar para que o aumento de investimento da mãe no imaginar o futuro com o seu bebé está correlacionado com o aumento do ciúme do pai em relação ao bebé e/ou mãe. E que quanto mais a mãe está mais atenta às mudanças e crescimento pessoal menor é o ciúme do pai em relação ao bebé e/ou mãe. (correlação negativa).

No se refere às correlações entre as subescalas de ansiedade e depressão, do homem e da mulher, verificou-se apenas a existência de uma correlação positiva entre a “ansiedade materna” e a “ansiedade paterna”. Os resultados parecem indicar um aumento de ansiedade por parte da mãe que está correlacionada com o aumento da ansiedade por parte do pai. Não existe correlação ao nível da depressão quer no homem quer na mulher, por não existir variância de resultados. Estes resultados vão de encontro com a literatura, pois tanto as mulheres como os homens apresentam sintomatologia ansiosa durante a gravidez, esta aparece devido a um estado de insatisfação, insegurança, incerteza, medo da experiência desconhecida e ao ajustamento à parentalidade (e.g. Batista, Dahan, Torres, 2006; Buist, Morse, & Durkin, 2003 cit in. Conde & Figueiredo 2007). Relativamente à correlação entre as subescalas de ansiedade com a Escala de Ajustamento Diádico Revista – RDAS, verificou-se quanto à subescala “ansiedade materna” uma correlação positiva com a subescala “coesão paterna”, assim sendo os resultados obtidos sugerem que o aumento da ansiedade materna está correlacionada com o aumento da coesão paterna. No que concerne à subescala “ansiedade paterna” verificou-se uma correlação negativa com a subescala “consenso materno”, neste caso os resultados obtidos sugerem que quanto mais a mãe sente um consenso relativamente à relação diádica menor é a ansiedade paterna.

Relativamente às correlações entre a Escala de Ajustamento Diádico Revisto – RDAS e a escala EAGM e EAGP, verificou-se a existência de correlação positiva entre a subescala paternas: “Consenso diádico paterno” e a subescala “Sintomatologia física e / ou psicológica associada à gravidez (SFPAG), o que estes resultados indicam é que quanto maior é o consenso diádico sentido pelo pai este relaciona-se com um aumento da sintomatologia física e/ou psicológica associada à gravidez, verificou-se ainda a existência de correlação entre “Satisfação diádica paterna” e a subescala “Mudanças Positivas associadas à gravidez e à parentalidade (MPAGP), verificou-se uma correlação negativa, o que sugere que quanto mais o pai está satisfeito com a relação diádica menor são as

mudanças positivas associadas à gravidez e à parentalidade. Por fim a subescala “Coesão paterna” correlaciona-se positivamente com o item “Gravidez como Fator de Mudança e Crescimento Pessoal (GFMCP), de acordo com este resultado verifica-se que quanto maior coesão paterna este está relacionado com um aumento por parte da mãe da percepção da gravidez como fator de mudança e crescimento pessoal. No que remete para as subescalas maternas verificou-se a existência de correlação positiva entre a subescala “Satisfação paterna” e o item “Boa Mãe” (BM), assim sendo, quanto maior é a satisfação paterna maior é o investimento da mãe para ser, “Boa Mãe”. Por fim, a existência de correlação negativa entre a subescala “Coesão materna” e o item “Apoio ao Marido/Companheiro (AMC), ou seja quanto mais a mãe sente uma coesão diádica menor apoio vai prestar ao Marido/Companheiro.

Para terminar foi ainda possível verificar correlações entre géneros na Escala de Ajustamento Diádico Revisto – RDAS, assim sendo verificou-se a existência de correlação positiva entre as subescalas “Consenso paterno” e a subescala “Consenso Materno”, verificou-se ainda existência de correlação entre a subescala “Satisfação paterna” e a subescala “Consenso materno”, por fim verificou-se a existência de correlação entre a subescala “Consenso paterno” e a subescala “Satisfação materna”. De acordo com os resultados obtidos, tanto o homem como a mulher percecionam um nível de concordância nas questões básicas do relacionamento. Para o homem quanto maior satisfação diádica por parte da mulher maior consenso diádico existe por parte do homem. De acordo com a correlação entre a subescala o “consenso paterno” e a subescala a “satisfação materna” e ainda a correlação entre as subescalas “consenso materno” e a subescala “satisfação paterna” são percecionadas quer por parte do homem quer por parte da mulher a concordância do casal sobre a satisfação da relação conjugal (Hernandez, 2008).

## Conclusão

Com este trabalho pretendeu-se compreender a gravidez após acompanhamento num Serviço de Medicina da Reprodução. Alguns estudos comprovam a pertinência deste estudo, pois como referido anteriormente em Portugal foram realizados poucos estudos sobre a vivência psicológica após sucesso num tratamento de medicina de reprodução (e.g. Almqvist, Punamaki Repokari, Roikkeus, Sinkkonen, Tiitinen, Tulppala, Unkila-Kallio & Vilksa, 2005; Chibber & Al-Sibai, 2007; Gameiro, Moura-Ramos, Cristina Canavarro & Soares, 2010; Hammarberg, Fisher & Wynter, 2008).

Depois da recolha de dados e da sua devida análise de resultados, é possível concluir que todos os objetivos propostos foram alcançados, e no que diz respeito às hipóteses formuladas podemos dizer que algumas hipóteses foram confirmadas, outras não se confirmaram no presente estudo, e ainda hipóteses que apenas foram confirmadas parcialmente. Deste modo, foram encontradas diferenças significativas entre as subescalas EAGM e da EAGP comparativamente à população geral, e as diferenças entre géneros nas subescalas HADS e RDAS, assim como foram encontradas correlações entre todos os instrumentos apresentados.

Surgiram algumas limitações ao longo deste estudo, sendo uma delas o número reduzido da amostra. Este fator deve-se à dificuldade de acesso aos casais que, naquela unidade hospitalar, engravidaram após PMA, pelo facto de vários casais preferirem fazer acompanhamento da sua gravidez perto da sua residência e/ou com médicos de clínica privada. Devemos ter presente que este é um estudo exploratório, como tal pode ser pertinente abranger uma amostra mais vasta, para que seja possível a utilização de outros métodos estatísticos complementares de forma a compreender, por exemplo, a relação de causalidade entre as variáveis estudadas.

De acordo com os resultados deste estudo podemos verificar que a sintomatologia ansiosa está presente quer no homem quer na mulher, tal como a literatura nos refere alguns autores referem (e.g. a DGS, 2005; Nascimento, 2003; Trethowan & Conl, 1965; Clinton, 1987; Gomez, Leal & Figueiredo, 2002; Reis, Xavier, Coelho e Montenegro, 2013) a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva quer ao nível do impacto da infertilidade e procedimentos de PMA, quer ao nível da gravidez no homem e na mulher. Assim sendo o acompanhamento psicológico é necessário, de forma a ajudar os casais a compreenderem a infertilidade e as suas reações à mesma. O psicólogo tem um papel fundamente no que remete para a gravidez e parentalidade, no acompanhamento dos processos que os casais vivenciam. Estes processos, de acordo com Canavarro (2001), são processos dinâmicos, de construção e desenvolvimento. O projeto da gravidez e parentalidade quando adaptativo, permite a preparação psicológica para ser mãe/pai, e como tal é necessária a aprendizagem cognitiva de papéis e tarefas, a ligação afetiva à criança, a reestruturação das relações para envolver um novo membro no agregado, associar a existência do filho na sua identidade, e aceita-lo enquanto pessoa única e com

vida própria. Como referido, a gravidez e a parentalidade são processos que necessitam de um ajustamento adequado. No caso da impossibilidade de ter um filho, ou seja, na infertilidade esta pode ter repercussões clínicas, surgindo a depressão e a ansiedade (e.g. Bruns & Covington, 2006). Segundo, Boivin et al. 2009 (cit in. Fernandes, 2011), cerca de 15 a 20% dos casais em tratamento de PMA necessitam de consulta de psicologia pelo sofrimento emocional experienciado. Não só no que se refere ao infertilidade, mas abrangendo toda a gravidez, como já foi supracitado, a gravidez é um acontecimento sensível e vulnerável na vida da mulher e do homem, que integra alterações físicas e psicológicas, de forma a prepará-los para a parentalidade, esta desencadeia na mulher profundas alterações e adaptações, tanto no seu corpo como no seu funcionamento psíquico, necessárias para promover o desenvolvimento do bebé (DGS, 2005). A gravidez é um momento de reestruturação na vida da mulher assim como nos papéis que esta exerce. Durante este período a mulher tem que passar da condição de filha, para também a de mãe, e reajustar a sua relação conjugal, as suas atividades profissionais e ainda a sua situação económica (e.g. Piccinini, Gomes, Nardin & Lopes, 2008). Relativamente à vivência psicológica da gravidez nos homens, hoje em dia os pais estão muito mais envolvidos e têm um papel mais ativo no cuidado e na criação dos filhos, esta nova identidade no homem, exige o desempenho de novas funções e novas responsabilidades, proporcionando varias vezes sentimentos de insegurança, inquietações (DGS, 2005). A vivência da gravidez por parte do homem difere muito da vivência da gravidez por parte da mulher, pois só a mulher sente o filho a crescer dentro de si, por isso segundo alguns autores (e.g. Maldonado, Dickstein e Nahoum, 1997), os pais não conseguem criar um vínculo sólido com o seu bebé. Por todas estas razões podemos apontar para a importância e necessidade do papel do psicólogo que trabalha na área de PMA para o devido acompanhamento psicológico de ambos os membros do casal, como anteriormente supracitado, o casal ao longo de todo o tratamento e durante a gravidez, sofre alterações quer na vida individual e pessoal, quer na vida conjugal.

Sendo esta uma temática tão pertinente, que para além de ter como foco a vivência individual de cada um dos membros do casal e da sua relação diádica, esta relaciona-se, também com questões sociais mais alargadas, nomeadamente na possibilidade contribuir, por exemplo, para alterações na diminuição da natalidade (Associação Portuguesa de Fertilidade, 2013; Direcção-Geral da Saúde, 2008; Afrodite, 2009 & Borges, 2002, cit. in Romoaldo, Machado & Reis, 2002), e a constatação da limitação de dados nacionais referente ao tema sublinha-se a necessidade de se continuar este tipo de estudos.

**Bibliografia:**

- Almeida, L.,Souza,C., Reginatto, F., Filho, J., Facin, A., Freitas, F., Lavic, Y., Passos, E. (2000). Histerossonosalpingografia e Histerossalpingografia no diagnóstico de permeabilidade de tubaria em pacientes inférteis. *Rer. Ass. Med Brasil*, (vol. 46 (nº.4), pp. 342 – 345).
- Anderson, M. (1996). The father–infant relationship; becoming connected. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*. 1, 83–92.
- Associação Portuguesa de Fertilidade (2013/10/30). Prevalência da infertilidade. Consultado em: <http://www.apfertilidade.org/web/o-que-e-a-infertilidade>.
- Batista, M., Dahren, A., Torres, E. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psic revista de psicologia da Vetor Editora*. (Vol. 7 (nº1), pp. 39 – 48)
- Bjelland,I., Dahl, A., Haug, T., Neckelmann,D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69–77.
- Borges (2002). A parentalidade nos casais em situação de infertilidade. *International Journal of Development and Educational Psychology*, (n. 1 Vol. 3. pp. 427 – 432).
- Bornholdt, E., Wagner, A., Staudt, A. (2007). A vivência da gravidez do primeiro filho à luz da perspectiva paterna. *Psicologia. Clinica., Rio de Janeiro*. (vol. 19 nº 1 pp 75-92)
- Camarneiro, A. (2011). Vinculação pré-natal e organização psicológica do homem e da mulher durante a gravidez: relação com o tipo de parto e com a patologia obstétrica dos II e III trimestres de gestação. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Campos, A. (2014) (2014,03,28). *Inverter a inversão da pirâmide etária*. Consultado em [Jornal Público]: [<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/inverter-a-inversao-da-piramide-etaria-1630207>]
- Canavarro, M.C. (2001). Gravidez e Maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17 – 49). Coimbra: Quarteto Editora
- Chiaffarino, F., Baldini, M., Scarduelli, G., Bommarito, F., Ambrosio, S., D’Orsi, C., Torretta, R., Bonizzoni,M., Ragni, G., (2011). Prevalence and incidence of depressive and anxious symptoms in couples undergoing assisted reproductive treatment in na Italian infertility department. *European Journal of Obstetrics e Gynecology and Reproductive Biology*. (158, pp. 235 – 241)
- Coelho, C. (2006). Bioética em Reprodução Medicamente Assistida. *Nascer e Crescer*, (Vol. XV (nº.1), pp. 28 – 32).
- Conde, A., Figueiredo, B., (2003). Ansiedade na gravidez: fatores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Psiquiatra Clinica*, 24 (3) 197 – 209.

- Conde, A., Figueiredo, B. (2007). Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós parto. *Análise Psicológica*, 3, 381-398
- Cousineau, T., Domar, A. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. (vol. 21, pp. 293 – 309). Consultado em: <http://www.sciencedirect.com>
- Correia, M. (1998). Sobre a maternidade. *Análise psicológica*, (vol.3 (nº XVI), 365 – 371)
- Costa, P., Pereira, H., Leal, I. (2011). VII Congresso Iberoamericano. Avaliação Psicológica: Formas e Contextos. Faculdade de psicologia da universidade de Lisboa.
- DGS (2008), Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Saúde reprodutiva/Infertilidade/Direcção-Geral da Saúde. Consultado no website: [www.saudereprodutiva.dgs.pt](http://www.saudereprodutiva.dgs.pt)
- Faramarzi, M., Alipor, A., Esmaelzadeh, S., Kheirkhah, F., Poladi, K., Pash, H. (2008). Treatment of depression and anxiety in infertile women: cognitive behavioral therapy versus fluoxetine. *Journal of affective disorders*. 108 (1), 159-164.
- Fisher, J. (2009). Infertility and assisted reproduction. *Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature*. (Vol. 8 pp. 128 – 146). WHO Library Cataloguing-in-Publication.
- Field, T., Diego, M., Hernandez- Reif, M., Figueiredo, B., Deeds, O., Contogeorgos, J., Ascencio, A. (2006). Prenatal Paternal Depression. *Infant Behav Dev*. Vol 29 (4) pp. 579 – 583. Doi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1769552/>
- Gameiro, S., Moura-Ramos, M., Canavarro, C., Soares, I. (2010). Psychosocial Adjustment During the Transition to Parenthood of Portuguese Couples Who Conceived Spontaneously or Through Assisted Reproductive Technologies. *Research in Nursing & Health* , 33, 207–220.
- Gameiro, S., Silva, S., Canavarro, M. (2008). A experiência masculina de infertilidade e de reprodução medicamente assistida. *Psicologia, Saúde & Doença*, 9 (2), 253-270.
- Hernandez, J. (2008). Avaliação Estrutural da Escala de Ajustamento Diádico. *Psicologia em Estudo*, 13, (3), 593-601.
- Kissi, Y., Romdhane, A., Hidar, S., Bannour, S., Idrissi, K., Khairi H., Ali, B. (2013). General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: a comparative study between men and women. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. (167 pp. 185 – 189).
- Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Fim de século edições. Sociedade unipessoal, LDA. Lisboa;
- McVeigh, C., 2001. Functional status after fatherhood, an Australian study. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 31, 32–38.
- Musa, R., Ramli, R., Yazmie, A., Khadijah, M., Hayati, M., Midin, Jaafar, Das, S., Sidi, H., Ravindran, A., 2014. A preliminary study of the psychological differences in infertile couples and their relation to the coping styles. *Comprehensive psychiatry*. ( 5 pp. 65 – 69).

- Nascimento, M. (2003). Preparar para o nascimento. *Análise psicológica, 1* (XXI), 47 – 51.
- Noorbala, A., Ramazanzadeh, F., Malekafzali, H., Abedinia, N., Forooshani, A., Shariat, M., Jafarabadi, M., (2008). Effects of a psychological intervention on depression in infertile couples. *International Journal of gynecology and obstetrics.* (101, pp. 248 – 252).
- Oliveira, E., Brito, R., (2009). Ações de cuidado, desempenhadas pelo pai no puerpério. *Esc Anna Nery Ver Enferm.* (vol. 13 n° 3).
- Piccinini, C., Gomes, A., Moreira, L., Lopes, R., (2004) Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebé. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* (vol. 20 n° 3 pp 223-232)
- Piccinini, C., Gomes, A., Nardin, T., Lopes, R., (2008) Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em estudo.* (vol. 13 n° 1 pp 63 – 72)
- Piccinini, C., Siva, M., Gonçalves, T., Lopes, R. (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e crítica.* Vol. 17 (3) pp. 303 – 314.
- Reis, S., Xavier, M. R., Coelho, R., Montenegro, N. (2013) Psychological impact of single and multiple courses of assisted reproductive treatments in couples: a comparative study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* Consultado no website: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.07.034>
- Santos, T., Ramos, M. (2010) Implicações psicológicas do sucesso e do insucesso. *Estabilidade e Procriação medicamente assistida* (1ª ed.) pp. 109 -127. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Santos, T., Ramos, M. (2010) O casal face à incapacidade de procriar: a adaptação individual e conjugal perante o diagnóstico de infertilidade e no tratamento. *Estabilidade e Procriação medicamente assistida* (1ª ed.) pp. 27 -43. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Schmidt, L., Thomsen, T., Boivin, J., Andersen, A. (2005) Evaluation of a communication and stress management training programme for infertile couples. *Patient Education and Counseling, 59*, 252 – 262.
- Silva, A., Figueiredo, B. (2005) Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clínica, 25*, 53 - 264
- Silva, J. Silva, R (2009). Mudanças na vida e no corpo. *Revista Enfermagem, 13* (2), 393-401.
- Sousa Ferreira, L., Leal, I., Maroco, J. (2010) Sintomatologia de Couvade e o envolvimento paterno vivenciado durante a gravidez. *Psicologia, Saúde & Doença.* Vol 11 (2) pp.251 – 269.
- Spotorno, P. M. (2005). Expectativas e sentimentos de mulher em situação de reprodução medicamente assistida. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Traina, E., Mattar, R., Moron, A., Neto, C., Matheus, E. (2004). Acurácia Diagnóstica da Histerossalpingografia e da Ultra-Sonografia para Avaliação de Doenças da Cavidade Uterina em Pacientes com Abortamento Recorrente. *RBGO, 26*, 7, 527 – 533.
- Tulman, L., Fawcett, J., Weiss, M., 1993. The Inventory of Functional Status—Fathers. Development and psychometric testing. *Journal of Nurse-Midwifery 38*, 276–282.

- Vilksa, S, Poikkeus, P, Sinkkonen, J, Repokari, L, Punama, R (2007) Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls.
- Yeoh, S., Razali, R., Sidi, H., Razi, Z., Midin, M., Jaafar, N., Das, S. (2014) The relationship between sexual functioning among couples undergoing infertility treatment: a pair of perfect gloves. *Comprehensive psychiatry*, 55, 1- 6.

# **Anexos**

**Anexo 1 – Consentimento informado**

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

ESCALA DE ATITUDES SOBRE A GRAVIDEZ E A MATERNIDADE - EAGM  
Xavier, M.R.; Paul, M.C.; Sousa, L.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data de nascimento do mãe:

Escolaridade:

Estado civil:

Profissão:

Actualmente empregada: Sim / Não

Tempo de gravidez (em semanas):

Sexo do bebé (quando conhecido): F / M

Número de filhos (nascidos anteriormente):

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

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

SEMPRE                      MUITAS VEZES                      POUCAS VEZES                      NUNCA  
1    2    3    4

1. Penso que vou ser uma boa mãe	1	2	3	4
2. Com a gravidez sinto-me mais responsável	1	2	3	4
3. A gravidez é um período difícil na vida de uma mulher	1	2	3	4
4. Desde que estou grávida que tenho necessidade de mais apoio	1	2	3	4
5. Considero a minha própria mãe como uma verdadeira amiga	1	2	3	4
6. Imagino-me a brincar com o meu filho	1	2	3	4
7. O apoio do marido/companheiro é muito importante durante a gravidez	1	2	3	4
8. Durante a gravidez tenho-me preocupado com o meu aspecto	1	2	3	4
9. Os bebés são todos iguais no primeiro ano de vida	1	2	3	4
10. Desde que estou grávida que me sinto mais próxima do meu marido/companheiro	1	2	3	4
11. Imagino-me a passear com o bebé ao colo	1	2	3	4
12. Desde que se preste os cuidados básicos ao bebé, como dar-lhe de comer e mantê-lo limpo, tudo correrá bem	1	2	3	4
13. A minha mãe compreendia os meus problemas e preocupações	1	2	3	4
14. Estar grávida é um enorme desgaste psicológico	1	2	3	4
15. O meu marido / companheiro tem ajudado durante a gravidez	1	2	3	4
16. A gravidez está a fazer-me mudar para melhor	1	2	3	4
17. Tenho pensado no futuro do meu bebé	1	2	3	4
18. Uma criança põe uma mulher nervosa se esta tiver que estar com ela todo o dia	1	2	3	4
19. Ter filhos altera a vida de uma mulher	1	2	3	4
20. O pai não é importante para ajudar a criar o seu filho	1	2	3	4

21. Desde que estou grávida sinto que o meu marido/companheiro compreende as minhas necessidades	1	2	3	4
22. Desde que estou grávida que vejo a vida de forma diferente	1	2	3	4
23. Uma boa mãe afasta as crianças das dificuldades da vida	1	2	3	4
24. Este bebé vai alterar a minha vida	1	2	3	4
25. O apoio do meu marido / companheiro tem sido muito importante durante a gravidez	1	2	3	4
26. Imagino-me a brincar no jardim com o meu filho, quando ele for mais crescido	1	2	3	4
27. É importante ser eu a ensinar o meu filho a usar o bacio	1	2	3	4
28. A gravidez faz-me sentir importante	1	2	3	4
29. Desde que estou grávida que tenho necessidade de mais carinhos	1	2	3	4
30. Depois do bebé nascer a minha vida vai mudar	1	2	3	4
31. Imagino-me a mudar as fraldas ao meu bebé	1	2	3	4
32. As avós têm mais tempo para olhar pelas crianças	1	2	3	4
33. Estar grávida é um enorme desgaste físico	1	2	3	4
34. Preocupo-me com a capacidade do meu marido / companheiro lidar com o bebé	1	2	3	4
35. A minha mãe merece o meu respeito pela forma como me educou	1	2	3	4
36. Tenho pensado como a gravidez é uma fase muito importante na minha vida	1	2	3	4
37. A minha mãe não me ajudou tanto quanto eu necessitava	1	2	3	4
38. Tenho pensado que depois do bebé nascer a minha vida vai mudar	1	2	3	4
39. Estou preocupada com a minha capacidade para enfrentar o parto	1	2	3	4
40. Durante a gravidez tenho-me preocupado em arranjar-me e vestir roupas bonitas	1	2	3	4
41. Desde que estou grávida que me sinto uma pessoa diferente.	1	2	3	4
42. A minha mãe fazia-me mimos	1	2	3	4

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



**ESCALA DE ATITUDES SOBRE A GRAVIDEZ E A PATERNIDADE**  
Versão para estudo

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data de nascimento: / /

Escolaridade:

Estado civil:

Profissão:

Actualmente empregado: Sim / Não

Tempo de gravidez (em semanas):

Sexo do bebé (quando conhecido): F / M

Número de filhos (nascido anteriormente):

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

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

SEMPRE                  MUITAS VEZES                  POUCAS VEZES                  NUNCA  
1                                  2                                  3                                  4

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

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

46. Tenho pensado que depois do bebé nascer não vou ter tempo para mim	1	2	3	4
47. A gravidez está a fazer-me mudar para melhor	1	2	3	4
48. Sinto vômitos, náuseas, mal-estar no estômago e/ou alterações de apetite	1	2	3	4
49. O pai tem um papel fundamental no alívio do stresse da grávida e no parto	1	2	3	4
50. Estou preocupado com a minha capacidade para enfrentar o parto	1	2	3	4
51. Sinto ciúmes do bebé	1	2	3	4
52. Preocupo-me com a capacidade da minha mulher / companheira lidar com a gravidez	1	2	3	4
53. Este bebé vai alterar a minha vida	1	2	3	4
54. Tenho problemas de sono	1	2	3	4
55. Estou preocupado com a capacidade da minha mulher/companheira para enfrentar o parto	1	2	3	4
56. Sinto-me inseguro quando penso que vou ser pai	1	2	3	4
57. A gravidez faz-me sentir importante	1	2	3	4
58. Uma criança põe um homem nervoso se ele tiver de estar com ela todo o dia	1	2	3	4
59. Sinto-me ansioso quando penso que vou ser pai	1	2	3	4
60. Com a gravidez sinto que preciso de mais carinho	1	2	3	4
61. Costumo tocar ou passar a mão na barriga onde está o bebé	1	2	3	4
62. O pai é importante para ajudar a criar o seu filho	1	2	3	4
63. Penso que a nossa vida vai mudar	1	2	3	4
64. Tenho ajudado durante a gravidez	1	2	3	4
65. Desde que sei da gravidez que me sinto uma pessoa diferente	1	2	3	4
66. Ter filhos altera a vida do casal	1	2	3	4
67. Durante a gravidez as minhas necessidades são secundárias	1	2	3	4
68. Sinto inveja e ciúmes da minha mulher /companheira	1	2	3	4
69. Tenho pensado na forma como quero educar o meu filho	1	2	3	4
70. Desde a notícia da gravidez que me sinto mais próximo da minha mulher / companheira	1	2	3	4
71. Desde que sei da gravidez vejo a vida de forma diferente	1	2	3	4
72. Sinto-me próximo do meu bebé	1	2	3	4
73. Preocupa-me a possibilidade da vida de casal ficar alterada com o nascimento do bebe	1	2	3	4
74. Costumo conversar com o bebé ainda na barriga da mãe	1	2	3	4
75. Sinto-me excluído da vivência da gravidez	1	2	3	4
76. Imagino-me a passear com o bebé ao colo	1	2	3	4

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

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

**NOME:** \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

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

**A 1) Sinto-me tenso:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**D 6) Sinto-me alegre:**

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

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

- Sim, definitivamente
- Geralmente
- Poucas vezes
- De modo nenhum

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

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Às vezes
- Nunca

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

- Nunca
- Ocasionalmente
- Bastantes vezes
- Muitas vezes

**D 10) Perdi o interesse pela minha aparência:**

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

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

- Sim
- Sim, bastante
- Não muito
- Não, de forma alguma

**D 12) Antecipo as coisas com satisfação:**

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

**A 13) Tenho sentimentos súbitos de pânico:**

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

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

Frequentemente

Às vezes

Poucas vezes

Raramente

**Anexo 5 – Escala de Ajustamento Diádico Revista – RDAS**

<b><u>RDAS</u></b>					
Graham B. Spanier					
<b>Versão de Investigação, 2004</b>					
M. Graça Pereira					
<b>Universidade do Minho</b>					

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

Sempre de acordo	Quase sempre de acordo	Ocasionalmente de acordo	Frequentemente em desacordo	Quase sempre em desacordo	Sempre em desacordo
5	4	3	2	1	0

- |  |       |       |       |       |       |       |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1. Assuntos de religião  | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2. Demonstrações de afeto  | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3. Tomada de decisões importantes  | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 4. Relações sexuais  | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 5. Convencionalidade (comportamento dito correto<br>ou socialmente apropriado) | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 6. Decisões de carreira  | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

<b>Sempre</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Mais vezes sim que não</b>	<b>Ocasionalmente</b>	<b>Raramente</b>	<b>Nunca</b>
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

7. Com que frequência discute ou considerou divórcio, separação ou término da relação \_\_\_\_\_
8. Com que frequência se zanga com o seu companheiro(a) \_\_\_\_\_
9. Alguma vez lamentou ser casado(a) \_\_\_\_\_
10. Com que frequência você e o seu companheiro(a) se irritam um ao outro \_\_\_\_\_

<b>Todos os dias</b>	<b>Quase todos os dias</b>	<b>Ocasionalmente</b>	<b>Muito poucas vezes</b>	<b>Nunca</b>
<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

11. Você e o seu companheiro(a) participam juntos em atividades fora da família \_\_\_\_\_

Com que frequência os seguintes acontecimentos ocorrem entre si e o seu companheiro(a)?

Nunca 0	Menos de uma vez/mês 1	Uma ou duas vezes/mês 2	Uma ou duas vezes/ semana 3	Uma vez por mês/dia 4	Frequentemente 5
------------	------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	---------------------

12. Têm uma troca estimulante de ideias \_\_\_\_\_

13. Trabalham juntos num projeto \_\_\_\_\_

14. Calmamente discutem algo \_\_\_\_\_