



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ APÓS O ACOMPANHAMENTO NUM SERVIÇO DE MEDICINA DA REPRODUÇÃO

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Ana Raquel Almeida Ribeiro Tavares

Porto, Julho e 2012



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ APÓS O ACOMPANHAMENTO NUM SERVIÇO DE MEDICINA DA REPRODUÇÃO

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Ana Raquel Almeida Ribeiro Tavares

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Maria Raul Lobo Xavier

Porto, Julho e 2012

Agradecimentos:

Em primeiro lugar quero agradecer à Professora Doutora Maria Raúl Lobo Xavier, por todos os ensinamentos, pela força, por toda a disponibilidade revelada... Muito OBRIGADA por tudo!

À Doutora Emanuela Lopes, agradeço por toda a disponibilidade e ajuda prestada.

A toda a equipa docente da FEP-UCP que me formou e me possibilitou esta gratificante aprendizagem.

Aos meus colegas, amigos, e familiares que me apoiaram e me deram força para concluir esta dissertação.

Quero agradecer em especial às minhas “Nenucos” e ao fantástico “grupo de estudo” por todos os momentos.

Quero agradecer em especial aos meus pais, pela força incessante que sempre me proporcionaram.

Resumo

O presente estudo teve como objetivo geral a compreensão da vivência psicológica da gravidez após sucesso de um acompanhamento num serviço de Medicina da Reprodução, no homem e na mulher. Especificamente na mulher, explorar as atitudes face à gravidez e à maternidade e no homem as a atitudes face à gravidez e a paternidade. Pretende-se também averiguar a existência de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva presente nos dois géneros. Para este estudo de caso múltiplo, exploratório, recorreu-se a 14 casais/28 participantes com idades entre os 26 e os 40 anos na mulher, e no homem com idades compreendidas entre 31 e os 45 anos. Os dados foram recolhidos numa Unidade Hospitalar no norte do país. Os instrumentos utilizados 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), e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão- HADS. Os principais resultados sugerem que se verificaram 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 a escala hospitalar de ansiedade e depressão, verificou-se não existir nos participantes do 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, TRMA, Gravidez, Ansiedade, Depressão

Abstract

The present study aimed to understand the psychological experience of pregnancy after a successful monitoring service in Reproductive Medicine, in man and woman. Specifically in women, exploring attitudes to pregnancy and maternity as a man and attitudes towards pregnancy and parenthood. We also intend to investigate the existence of anxiety symptoms and / or depression is present in both sexes. For this multiple case study exploratory, appealed to 14 couples/28 participants aged between 26 and 40 in women and in men aged 31 to 45 years. Data were collected from a hospital unit in the north. The instruments used were Attitudes Scale on Pregnancy and Parenting-EAGM (in women), the Scale of Attitudes About Pregnancy and Parenting - EAGP (in men), and the Hospital Anxiety and Depression, HADS. The main results suggest that statistically significant differences among the participants of this study and the general population on some subscales of attitudes about pregnancy and parenthood (parenthood) and on the scale hospital anxiety and depression, there was does not exist in depressive symptoms in the study, with the highest prevalence in anxiety symptoms in females. The results were corroborated with literature review.

Keywords: Infertility, TRMA, Pregnancy, Anxiety, Depression

Lista de Abreviaturas:

ESHRE- European Society of Human Reproduction and Embryology

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

MESA- Microcirúrgica de Espermatozoides do Epidídimo

OMS- Organização Mundial de Saúde

PMA- Procriação Medicamente Assistida;

SNS- Serviço Nacional de Saúde

TESE - Extração Testicular de Espermatozoides

TRMA- Técnicas de Reprodução Medicamente Assistidas

Índice de Tabelas:

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes - Idades

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica dos participantes -Estado Civil

Tabela 3. Caracterização sociodemográfica das mulheres-Nível de escolaridade

Tabela 4. Caracterização sociodemográfica dos homens -Nível de escolaridade

Tabela 5.Caracterização dos participantes números de filhos, tempo de gravidez, gênero do bebê

Tabela 6.Resultados da subescala “O Filho Imaginado”

Tabela 7. Resultados da subescala “Boa Mãe”

Tabela 8.Resultados da subescala “Gravidez como fator de Mudança/Crescimento Pessoal”.

Tabela 9. Resultados da subescala “Aspectos difíceis da Gravidez/Maternidade”

Tabela 10. Resultados da subescala “Relação com a Própria Mãe”

Tabela 11. Resultados da subescala “Apoio do Marido/Companheiro”

Tabela12.Resultados da subescala “Imagem Corporal e Necessidade de Dependência”

Tabela 13. Resultados da subescala “Mudanças Positivas Associadas à Gravidez e à Paternidade

Tabela 14. Resultados da subescala “Presença, Envolvimento e Suporte com a Gravidez, a Grávida o Bebê”

Tabela 15. Resultados da subescala “Alterações na Estrutura Individual, Conjugal e Familiar”

Tabela 16. Resultados da subescala “Preocupações e Necessidade de Apoio”

Tabela 17. Resultados da subescala “Antecipação de Satisfação e Gratificação”

Tabela 18. Resultados da subescala “Antecipação de Dificuldades no Período Pós-natal”

Tabela19. Resultados da subescala “Sintomatologia Física e/ ou Psicológica Associada à Gravidez”.

Tabela 20. Resultados da subescala “Ciúmes do Bebê e/ ou da Mulher”

Tabela 21. Prevalência de ansiedade e depressão nos gêneros

Tabela 22. Prevalência de ansiedade nos gêneros com ponto corte ≥ 9

Tabela 23. Prevalência de depressão nos gêneros com ponto corte ≥ 9

Tabela 24. Matriz de Correlações de *Spearman* entre as subescalas (EAGM, EAGP e HADS)

Anexos:

Anexo I -Tarefas de desenvolvimentais e sintomas físicos

Anexo II - Causas de infertilidade

Anexo III -Técnicas de Medicina da Reprodução

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

Anexo V- *Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade* - EAGP (versão de estudo)

Anexo VI- *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão* – HADS

Anexo VII - Consentimento Informado

Índice

Introdução.....	1
------------------------	----------

Parte I - Enquadramento teórico

1. Gravidez	4
1.1. Gravidez no feminino.....	5
1.1.1. Gravidez enquanto processo anatómico e fisiológico.....	5
1.1.2. Vivência Psicológica da gravidez na Mulher.....	6
1.2. Gravidez no Homem.....	9
2. Infertilidade.....	11
2.1. Causas de infertilidade.....	14
2.2. Infertilidade e género.....	15
2.3. Técnicas de procriação medicamente assistidas.....	17
2.4. Sintomatologia Psicológica no processo de infertilidade.....	18
3. Sintomatologia ansiosa e depressiva durante a Gravidez.....	19

Parte II - Estudo empírico

1. Objetivos.....	24
2. Metodologia.....	25
2.1. Participantes	25
2.2. Instrumentos.....	26
2.3. Procedimentos	30
2.3.1. Recolha de dados.....	30
2.3.2. Procedimentos e análise de dados.....	30
3. Apresentação de Resultados e Discussão.....	31
3.1. Resultados.....	31
3.2. Discussão.....	42

Conclusões.....	51
------------------------	-----------

Referências Bibliográficas

Anexos

Introdução:

A presente Dissertação integra-se no Mestrado em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Educação e Psicologia, da Universidade Católica Portuguesa, tendo sido orientada pela Prof^a. Doutora Maria Raul Lobo Xavier. Este trabalho tem como o tema de dissertação vivência da Gravidez após o acompanhamento num serviço de Medicina da Reprodução.

O desejo de maternidade e paternidade desenvolve-se na mulher ou no homem, desde infância, a partir de movimentos de identificação a figuras parentais, assumindo uma dimensão progressiva mais consciente sempre que um casal tem como projeto de vida em comum (e.g. Canavarro, 2001). A gravidez é um período mais ou menos de 9 meses (ou 266 dias), que medeia entre a concepção e o parto. Caracterizada como sendo uma transformação biológica, psicológica, social e pessoal que põe o indivíduo que a vivência em contacto com sentimentos, comportamentos e significados presentes na vida humana. É como um período de mudanças que conduzem a um equilíbrio instável e exigente a nível psicológico, podendo ser experimentada de forma gratificante e/ou confusa (Leal, 2005). Ao longo de toda a história da humanidade, a reprodução e o seu fracasso têm demonstrado algumas repercussões a vários níveis para alguns seres humanos. A infertilidade é definida como a falta de concepção após, pelo menos, um ano de relações sexuais regulares sem proteção anticoncetiva (World Health Organization, 2002). Com o avanço da medicina na área de reprodução humana, os indivíduos inférteis beneficiam de métodos e técnicas que podem tornar possível a gravidez. A investigação proposta tem como objetivo geral contribuir para a compreensão da vivência psicológica da gravidez após sucesso de um acompanhamento num serviço de Medicina da Reprodução, no homem e na mulher. Especificamente na mulher, explorar as atitudes face à gravidez e à maternidade e no homem as a atitudes face à gravidez e a paternidade. Pretende-se também averiguar a existência de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva presente nos dois géneros. O desenho metodológico utilizado foi o estudo de caso múltiplo (todos os casais que esperavam o nascimento de um filho após sucesso com intervenção de técnicas reprodutivas medicamente, cujo acompanhamento continua a acontecer num Unidade Hospitalar do norte do país, entre Novembro 2011 e Maio de 2012.

Através do estudo de caso múltiplo, exploratório é possível descobrir novas áreas de pesquisa ou delineamento de novas abordagens para objetos pouco conhecidos (Ventura, 2007), como são as características da gravidez após sucesso com realização de Técnicas Reprodutivas Assistidas (TRMA), em cada um do membro do casal, nomeadamente no nosso país. Em Portugal a prevalência da infertilidade ao longo da vida situa-se entre os 9 e os 10% e não se verificam diferenças regionais de prevalência. Estima-se que entre 266.088 e 292.996 casais tenham algum problema de infertilidade ao longo da vida e que entre 116.630 e 121.059 se encontrem em idade reprodutora (Carvalho & Santos, 2009). O impacto de infertilidade nas mulheres causa maiores níveis de ansiedade, stress, baixa autoestima e um ajustamento psicológico, sexual e conjugal (Benoit, Bissonnette, Duchesne, Gerard, Wright & Sabourin, 1991). Na prática clínica e em estudos até agora realizados em Portugal (e.g. Figueiredo & Conde 2003), o homem continua a receber pouca atenção, pela valorização da maternidade. Segundo Gameiro, Silva e Canavarro (2008), a literatura científica tem menosprezado o impacto da infertilidade especialmente nos homens, ao focar as suas investigações essencialmente nas mulheres. Contudo, vários estudos (e.g. Almqvist, Punamaki Repokari, Roikkeus, Sinkkonen, Tiitinen, Tulppala, Unkila-Kallio & Vilksa, 2005; Cohen, Leslie, McMahon, Saunders & Tennant, 2000; Collins, Hjelmstedt, Matthiesen Widstrom & Wramsby, 2003) têm demonstrado que estes também são significativamente afetados pela infertilidade.

Dados da literatura tem mostrado uma maior prevalência de sintomatologia ansiosa em grávidas após a realização de TRMA (e.g. Allen, Gibson, McMahon & Saunders, 2007; Olshansky, 1987, cit in Covington & Burns, 2006; Cox, Glazebrook, Sheard, Ndukwe & Oates, 2006) do que nos homens revelando estes níveis inferiores comparativamente à mulher e níveis inferiores de auto-estima (e.g. Allen, Gibson, McMahon, & Saunders, 2007; Van Balen, Naaktgeboren & Trimbos-Kemper, 2001). Perren e colaboradores (2005) confirmaram que as mulheres revelam mais sintomas depressivos do que os homens, evidenciando com isto que estes sintomas psicopatológicos durante a gravidez poderão contribuir como fatores de risco para um aumento ou manutenção de sintomas depressivos depois o parto.

A maior parte da literatura publicada interessou-se pelo tema de depressão e ansiedade antes de um tratamento de medicina de reprodução (e.g. Collins, Freeman, Boxer & Tureck, 1992), durante o tratamento (e.g. Moreira, 2005; Hyness, Callan, Terry & Gallois, 1992), e após o nascimento (e.g. Figueiredo, 2001), demonstrando resultados contraditórios acerca destas temáticas, apesar da maior parte dos trabalhos mostrarem uma maior relevância para os altos níveis de ansiedade sentidos tanto no homem como na mulher, nestes períodos considerados vulneráveis (e.g. Papalia, Olds, & Feldman, 2001). Pouco estudos foram 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, Cristina Canavarro & Soares, 2010; Hammarberg, Fisher & Wynter, 2008) nomeadamente em Portugal. Sendo este tema atual, existe um número limitado de pesquisas sobre aspetos sociais e psicológicos da gravidez após TRMA.

A compreensão deste estudo, analisando ambos os géneros, pode beneficiar para uma prevenção de vivências negativas durante a gravidez, que conseqüentemente, poderá promover uma paternidade e maternidade mais gratificante.

Este trabalho está organizado em três partes: revisão e reflexão sobre a literatura – o enquadramento teórico (Capítulo1) neste domínio, o estudo realizado -o estudo empírico (Capítulo 2) e os tratamentos de resultados e discussão (Capítulo 3). Na primeira parte do estudo (Capítulo 1) - enquadramento teórico, realizou-se uma revisão a literatura sobre a temática e a importância da investigação. Na revisão bibliografia começamos a organizar uma contextualização da gravidez (num processo anatómico e fisiológico; a vivencia psicológica na mulher e vivencia psicológica no homem), abordou-se o tema sobre a infertilidade, averiguando-se as suas causas, as diferenças da vivência deste diagnóstico entre géneros, as técnicas de Procriação Medicamente Assistidas e sintomatologia no processo de infertilidade. Também irá ser abordada a sintomatologia ansiosa e depressiva durante a gravidez. Na segunda parte do estudo (Capítulo2) – Estudo empírico, expõe os objetivos específicos, as hipóteses de investigação, a constituição de participantes, a descrição dos instrumentos utilizados e os procedimentos, mais concretamente o modo como foi realizado a recolha de dados e os tratamentos dos mesmos. No final do trabalho serão apresentados e discutidos os resultados obtidos e as conclusões da investigação, assim como as limitações do estudo e sugestões para estudos futuros.

Parte I - Enquadramento teórico

1. Gravidez

Num contexto do ciclo de vida, individual e conjugal é um momento privilegiado na história de uma família, pois permite a continuidade da vida através de gerações, modificando o papel e a função de cada membro da família. Os meses de preparação para o nascimento afetam a identidade pessoal do homem e da mulher, a sua estabilidade emocional, a relação conjugal e com a sociedade (e.g. Leal, 2005).

São vários os autores (e.g. Brazelton & Cramer, 1993; Colman & Colman, 1994; Cordeiro, 2005; Lis & Zenaro, 1997; Maldonado, 1985; Bibring & Valenstein, 1976; Leal, 2005) que descrevem o processo de gravidez como um período de mudança de diversas ordens biológicas, somáticas, psicológicas e sociais, representando uma experiência única e intensa (Brazelton & Cramer, 1992; Klaus & Kennel, 1992; Raphael-Leff, 1997; Soifer, 1980). É uma fase de transição que conduz a um equilíbrio instável e exigente do ponto de vista psicológico para a futura mãe. Também o pai passa por diversas mudanças e desafios que abrem portas para a responsabilização do mesmo (Brazelton, 1992; Ayers, Ahmed, Brennan, & Marshall-Lucette, 2009).

Sendo uma fase de mudança aos vários níveis (emocional, familiar e social) exigente em termos de mecanismos de defesa necessários para uma melhor adaptação à mudança. O modo como todas estas mudanças são integradas, elaboradas e vivenciadas relaciona-se com a estrutura da personalidade de cada um dos membros do casal, com a rede de suporte conjugal, familiar e social, acontecimentos de vida adversos, fatores demográficos e psicossociais, e com o desejo e significado da gravidez (Correia, 2000).

Mulheres e homens devem desenvolver e integrar diversas adaptações psicológicas marcadas pela vivência de uma “crise” própria, ou seja, um ponto de transformação (Ching, Chong, Lam, Lee & Fong, 2007; Lis & Zenaro, 1997), determinada pela sequência de tarefas desenvolvimentais que são específicas pela vivência de uma crise específica (Conde, 2008). Assim, homens e mulheres que são capazes de explorar o significado de cada desafio de forma adaptativa e alcançar uma resposta satisfatória lidam melhor com os novos papéis e com as relações em transformação que resultam da gravidez (Canavarro, 2001). Aqueles que não têm capacidade de lidar de forma satisfatória, com os medos e frustrações que marcam este período, suprimindo-os ou negando-os, à medida que eles surgem, durante a gravidez têm maior probabilidade de desenvolver quadros graves de ansiedade e depressão (Figueiredo, 2000).

1.1. Gravidez no feminino

1.1.1. Gravidez enquanto processo anatômico e fisiológico

A gravidez enquanto fenômeno de procriação relaciona-se com a dimensão fisiológica concomitante às vivências psicológicas. O ser humano tem a sua origem na conjugação de uma célula reprodutora masculina, o espermatozóide e de uma célula reprodutora feminina, o óvulo. Após realizada a fecundação, o óvulo é implementado no útero, decorrendo seguidamente o desenvolvimento pré-natal, que acontece ao longo de 3 estádios: germinal, embrionário e fetal. O estágio germinal ocorre nas primeiras duas semanas de desenvolvimento pré-natal, caracterizado por uma rápida divisão celular (aumento da complexidade e diferenciação) e implantação na parede do útero. O estágio embrionário (das 2 às 8 semanas) é caracterizado pelo crescimento e desenvolvimento rápidos dos principais sistemas e órgãos do corpo. O estágio fetal (das 8 semanas até ao nascimento) é o estágio final da gestação caracterizado pelo aumento nos detalhes das partes do corpo e no tamanho do corpo.

A gravidez como uma dimensão temporal delimita-se assim a um período de desenvolvimento que dura aproximadamente 9 meses (ou 266 dias), entre a concepção e o nascimento, isto é cerca de 40 semanas desde o primeiro dia da última menstruação. Ao longo deste período, destaca-se todo um processo a nível fisiológico adaptativo ao desenvolvimento do novo ser humano, “daí que a gravidez se constitua como um momento particular de retorno a si própria, de investimento maciço no próprio corpo, na sua imagem, no que nele contém: vida” (Leal, 1990).

A gravidez desencadeia no organismo materno uma série complexa de adaptações fisiológicas que, no seu conjunto asseguram o desenvolvimento do novo ser humano (Mendes, 2002). Essas adaptações fisiológicas envolvem e modificam o organismo materno de um modo mais ou menos evidente ao funcionamento dos diversos aparelhos e sistemas conforme as modificações metabólicas, bioquímicas, hormonais e anatómicas, determinando sinais e sintomas manifestantes da gravidez. Estes sintomas têm normalmente, uma distribuição temporal própria, sendo que o quadro sintomático associado à gestação apresenta aspectos característicos de cada trimestre (anexo I).

1.1.2. Vivência psicológica da gravidez na Mulher

A gravidez é um período de transição onde se verificam enormes mudanças a nível físico e a nível psicológico, como já referido anteriormente. Ao longo deste capítulo vamos descrever as dimensões psicológicas envolvidas na gestação assim como as questões que envolvem as tarefas desenvolvimentais da gravidez.

As primeiras modificações psicológicas decorrentes deste período são subsequentes por vezes das modificações físicas do corpo da mulher (abordado no ponto 1.1.1.), tendo a grávida alterações de humor, sinais de labilidade e instabilidade emocional (Justo, 2006). As alterações podem ser descritas em termos evolutivos através de fases, que aprofundei mas pormenorizadamente a seguir.

“A gravidez é vivida por cada mulher como uma caminhada, um acontecimento único em que o presente e o imaginário se interligam. Traduz-se no todo que é o comportamento da mulher que espera um filho, envolvendo as suas expectativas e atitudes” (Xavier, Pimentel & Teles, 2004, p.36).

À gravidez é um período em que a mulher se pode integrar nas suas fantasias, a respeito do bebé e de si própria, enquanto ainda se está a preparar para a realidade (Ferrari, Piccini & Lopes, 2007). Ao mesmo tempo da gravidez física, que se desenrola no útero, a futura mãe desenvolve uma gravidez mental, ao qual consiste nas mudanças psicológicas que permitem que a mulher se prepare para as modificações que irão ocorrer na sua identidade enquanto figura maternal, baseando-se numa articulação entre o “bebé real” e o “bebé imaginado”, que orienta o processo integrativo efetuado após o nascimento do recém-nascido (Leal, 2005).

Neste período a mulher intensifica as fantasias relacionadas com o feto, começando a imaginar as características do feto, como o aspeto físico, o temperamento, o nome. Sendo esta vivência determinada por um conjunto de ações (diálogo com a barriga – acariciar o ventre, falar com o bebé...) que permitem a construção de uma imagem mental, baseando-se muitas vezes nos movimentos do feto (Ferrari, Piccini & Lopes, 2007).

Este processo de ajustamento encontra-se associado ao desenvolvimento da gestação que confere um estatuto especial a mulher grávida, fundamentais para a incorporação do papel materno e promoção para os cuidados maternos. Assim a gravidez é uma fase importante na vida da mulher marcada por um período associado a altos níveis de emoção (Lee, 2000).

As representações com que cada mulher caracteriza a gravidez dependem de diversos fatores, que segundo Canavarro (2006) são determinados por elementos genéticos, histórico-sociais, e desenvolvimentais. Segundo alguns autores como McCrae e Costa (1994), Perris (1994), os fatores genéticos dizem respeito às influências conceptualizadas como tendências básicas que incluem capacidades perpetuais ou cognitivas, características físicas, assim como traços de personalidade. O avanço científico possibilitou à mulher o crescente controlo e monitorização tecnológica do desenvolvimento e nascimento do bebé, o que tornou cada vez mais possível escolher entre engravidar ou não, entre prosseguir com a gravidez ou não, levantando diversos dilemas éticos e morais. Os elementos que influenciam o ajustamento à gravidez dizem respeito a história de vida da mulher, ou seja, as suas aprendizagens ao longo do seu ciclo de vida. A relação estabelecida com a mãe ou pessoa que desempenhou o papel materno tem especial importância, para a formação de significados sobre a gravidez, assim como outras tais como as relações mais próximas e o relacionamento conjugal, contribuindo para um grande apoio social. Esta é aliás uma das tarefas que é apontada para ser realizada durante a gravidez (e.g. Canavarro, 2011; Colman & Colman, 1994).

Alguns estudos (e.g. O'Hara & Swain, 1983; Tavares, 1990; Belesky, Lang & Rovine, 1985; Brown, 1994) comprovam que o relacionamento conjugal, em termos de satisfação, proximidade do relacionamento e apoio do cônjuge, está relacionado com o ajustamento à gravidez (Teles, Pimentel & Xavier, 2004). A avaliação desta relação é também uma das tarefas para ser realizada na gravidez.

Bibring e seus colaboradores na década de cinquenta defendem então que pelo menos, os nove meses de gravidez deveriam ser divididos em fases, com tarefas psicológicas a concretizar, e que a passagem desses momentos de desenvolvimento deveria ser irreversível. No conjunto destas descrições, três fases apresentam-se como mais relevantes e consensuais, tanto no que diz respeito às alterações de comportamentos como às alterações psicossomáticas próprias da gravidez. Geralmente assume-se que estas fases coincidem com os três trimestres da gravidez.

A primeira fase denomina-se por, integração, que segundo Colman e Colman (1994), dizem respeito à notícia/confirmação da realidade da gravidez. Os mesmos autores referem “ambivalência” como a atitude que caracteriza o primeiro trimestre de gravidez, ou seja, a existência de dois sentimentos opostos, a aceitação e a rejeição da gravidez. Independentemente do desejo e/ou planeamento da gravidez, o confirmar a concepção, faz com que a mulher, numa fase inicial se sinta ambivalente entre o desejo e o receio da gravidez. Deste modo, podem surgir emoções antagónicas de alegria, apreensão, assim como sintomas físicos (anexo I) que podem afetar a vida

quotidiana da mulher, dificultando o processo adaptativo nesta fase e contribuir para o aumento dos níveis de ansiedade, sendo uma barreira a ultrapassar através da idealização do bebe perfeito e totalmente desejado (Brazelton & Cramer, 1993; Leal, 2005). Deste ponto de vista trata-se do momento para a mulher regressar mentalmente à infância e reavaliar/reorganiza, ou, reelaborar, as suas relações com a figura materna do passado (como já foi descrito). Determinando assim o princípio da gravidez um momento importante na solidificação da personalidade feminina (Ferrari, Lopes & Piccini, 2007).

Ultrapassada a aceitação/rejeição relativa à gravidez, na segunda fase, a diferenciação é marcada com os primeiros movimentos fetais percebidos e pelos registos ecográficos, aceitando a realidade do feto (Canavarro, 2001). A mulher deixa de focar a sua atenção nas transformações corporais e passa a ter uma imagem mais realista e perceptível do novo ser, apercebendo-se que a criança que traz dentro de si é autónoma. Este período é também um momento de reorganização/reavaliação do relacionamento conjugal (Ferrari, Lopes & Piccini, 2007).

Na terceira fase, a separação, a mulher grávida tem de preparar a sua separação física e psicológica da criança que vai nascer. Trata-se de uma fase marcada por múltiplos receios: receio do parto e suas consequências, desejo de encontro com o bebe real que pode não coincidir com o bebe imaginário, receio de dificuldades de adaptação com o nascimento e ao mesmo tempo, guardar o bebe e continuar com os sentimentos de plenitude, ou libertar-se do volume desproporcionado que atingiu a nível corporal (Canavarro, 2001). Nesta fase o feto encontra-se próximo do volume máximo antes do nascimento e desperta os sinais que anunciam o trabalho de parto.

Após o nascimento, o bebe fantasiado é confrontado como o bebe real, tendo a mãe que se adaptar a essa nova realidade (Brazelton & Cramer, 1993; Colman & Colman, 1994). O modo a que cada mulher faz este percurso entrelaça-se com o modo como se liga a este bebé criando e desenvolvendo um laço afectivo - vínculo pré-natal (Canavarro, 2001).

Depois de abordadas as fases do período da gravidez, seguidamente abordarei as tarefas desenvolvimentais em causa. Colman e Colman (1994) salientam a existência de seis tarefas psicológicas que devem ser realizadas no ano do nascimento do bebé. O conjunto destas tarefas de desenvolvimentais define ou delinea o contexto “normal” da vivência psicológica da gravidez, que deve terminar, com uma reestruturação psicológica, social e familiar que possibilite a integração do novo ser humano (Mendes, 1999). A primeira tarefa é aceitar a realidade da gravidez, podendo haver uma ambivalência entre o desejo e o medo da gravidez. A segunda fase é aceitar a realidade do feto, nesta fase permite distinguir a gravidez da existência

de um feto distinto da mãe, uma vez que ao longo da gravidez, de forma progressiva, a representação do bebê vai-se tornando mais realista através dos movimentos fetais e das ecografias. A terceira tarefa será reavaliar e reestruturar a relação com os pais, ou seja, reavaliar a relação passada e presente com os pais, aceitando os sucessos e também os fracassos dos seus pais, integrar todas as experiências positivas e negativas que tiveram enquanto filhos. Esta reavaliação permitirá adoção e substituição de comportamentos ajustados à sua situação e contexto. A quarta tarefa será reavaliar o relacionamento entre os companheiros, consiste em fazer face às novas questões que surgem no relacionamento do casal e no papel parental. Faz parte desta tarefa o ajustamento conjugal, para um novo reforço dos laços parentais existentes. A quinta tarefa é a aceitar o bebê como uma pessoa separada. Esta tarefa é simbolizada pelo parto, consiste em aceitar a separação do bebê com particulares e necessidades próprias, que embora inicialmente dependentes, devem desenvolver e permitir momentos de dependência. A última fase, a sexta tarefa, sintetiza as anteriores. Reflete a dinâmica entre o papel de mãe protetora e a possibilidade de esta permitir autonomia do filho, criando espaço para si mesma. Esta nova fase irá depender da identidade prévia do pai, uma vez que implica a avaliação das perdas e dos ganhos introduzidos pela parentalidade.

Assim em cada trimestre da gravidez identificam-se determinadas tarefas necessárias. Para o desenvolvimento cognitivo, emocional e psicológico da mulher que se organizam num processo de continuidade até ao puerpério (Canavarro, 2001; Leal, 2005).

1.2. Gravidez no Homem

Quando se fala em gravidez não se dá a devida importância ao homem, evidenciando maior atenção para a mulher. Atualmente os estudos (e.g. Ayers, Ahmed, Brennan, Marshall-Lucette, 2007; Colman & Colman, 1994) têm mostrado que o homem apesar de não apresentar o mesmo tipo de alterações corporais, a sua transformação pessoal e social pode ser tão acentuada quanto a da mulher, mostrando que devia haver mais investigação quanto à perceção do “homem grávido”. A inexistência desse papel masculino em diversas culturas pode ser observada no vocabulário específico ao universo da gestação. Não há um termo que possa designar a condição masculina equivalente à gravidez, ou seja, grávida (Draper, 2002; Parseval, 1986;). As investigações indicam que o envolvimento do pai na gestação contribui para o desenvolvimento das primeiras relações entre o pai e o bebe e o seu favorável desenvolvimento (Gonçalves, Lopes, Piccinini, Silva & Tudge, 2004).

De acordo com Brazelton (1988), o homem tem que exercitar a sua imaginação para se preparar para o novo papel que deve realizar como pai. A ambiguidade dos sentimentos do homem ainda é dificultada devido ao não contacto com o bebé, sendo este intermediado pelo corpo da mulher, a qual pode sentir os movimentos e interpretá-los mais facilmente (Colman & Colman, 1994; Figueiredo, 2000). Gage e Kirk (2002) também apontam para a dificuldade do pai se aproximar do bebé no período da gestação, afirmando muitas vezes a irrealidade do bebé, para o mesmo. O homem poderá sentir-se excluído de uma relação mais próxima com a criança, em função do contacto indireto com a mesma na gravidez. Tal exclusão pode causar sentimentos de ciúme e provocar um envolvimento maior ou menor durante esse período e no puerpério (Gonçalves, Lopes, Piccinini, Silva & Tudge, 2004).

Segundo Freitas, Coelho e da Silva (2007), para muitos homens contribuem no processo gradual da gravidez de modo mais equitativo e não apenas participativo, as autoras destacam a importância para que os homens repensem nos seus atributos sociais tendo em conta a complexidade da vivência da gravidez, reconhecendo, nomeadamente que a função do homem nesta vivência constitui uma oportunidade para ampliarem as suas dimensões internas e renovarem os múltiplos aspetos da sua vida.

O envolvimento paterno varia muito ao longo da gestação, de acordo com as características do feto, assim como as características do futuro pai. May & Perrin (1985) refere que estas diferenças sequenciais no envolvimento do pai são elaboradas como na mulher, em três fases sequenciais. Numa primeira fase predominam sentimentos de desconforto, ambivalência e stress, pela suspeita da gravidez, numa segunda fase os pais não sentem a gestação como as mulheres uma vez que não sentem sinais físicos e decorrente disso é determinado um período de distância emocional, na última fase os pais conseguem definir-se como pais, vivenciando a gestação como real, sendo neste último trimestre que os pais se tornam mais participativos para o momento da chegada do novo ser. As tarefas anteriormente definidas para a mulher não são normalmente apresentadas em paralelo na vivência masculina. No entanto, no homem algumas destas tarefas poderão ser vistas como semelhantes/paralelo, como por exemplo, preocupações e necessidade de apoio e a tarefa apoio do marido/companheiro. As preocupações e necessidade de apoio no homem, abrange questões referentes às preocupações a nível financeiro, preocupações do homem relativamente a sua capacidade e à capacidade da mulher/companheira em lidar com o bebé e o parto.

A mudança na imagem cultural do homem tem sido de interesse teórico e empírico na vivência psicológica paterna da gravidez e no impacto dos cuidados prestados pelo pai ao nível do desenvolvimento e saúde da criança (Darling-Fisher & Tiedje, 1996).

Nas últimas décadas, os homens foram incluídos nas investigações sobre a gravidez, demonstrando-se um vínculo pai-bebé durante a gravidez. Neste domínio, a vivência masculina revela importância para a síndrome de Couvade, caracterizado pelos sintomas psicológicos, com origem psicogénica, que ocorrem em companheiros de mulheres grávidas (Leal, 2005). Os sintomas são cronologicamente relacionados com a gravidez, chamando a atenção da presença sintomatologia ansiosa nos homens devido à diversidade de variáveis de risco (Conde & Figueiredo, 2003; Quinton, Storey, Walsh & Wynne-Edwards 1999; Ayers, Ahmed, Brennan & Marshall-Lucette, 2007). Este fenómeno dá-se de diferentes formas em variadas culturas e pode ser observado através de comportamentos como a preguiça e apatia do pai na gravidez da mulher, ou mesmo o repouso durante ou após o parto (Ayers, Ahmed, Brennan, Marshall-Lucette, 2007). Brazelton (1988), afirma também que em sociedades industrializadas em que não há uma aprovação cultural para esse escape emocional, o corpo é muitas vezes utilizado regressivamente para manifestar esses conflitos a que se denomina síndrome de Couvade.

2. Infertilidade

Em todas as sociedades a infertilidade/fecundidade tem um papel muito importante e, todas as civilizações têm rituais próprios ligados à fecundidade/infecundidade, comportando uma dimensão física, psíquica ou emocional e sociocultural (Canavarro, 2001). Segundo 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). Estima-se que a infertilidade conjugal atinja, na população mundial, cerca de 10 a 15% dos casais em idade fértil e em Portugal 9 e os 10% (Carvalho & Soares, 2009), um número aproximado de 500.000 casais inférteis (Gonçalves, 2005).

O desejo de descendência da herança genética no processo de socialização pode ter levado a que a reprodução seja um objetivo de vida essencial, e com isso a impossibilidade de procriar é vivida como um abalo existencial (Parseval, 1985) e como uma perda de controlo sobre a vida pessoal (Burns & Covington, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a infertilidade é definida pela inexistência de gravidez, após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares, sem o uso de qualquer tipo de contraceção (Direcção-Geral de Saúde, 2008). Apesar de se

considerar a definição da OMS, também se pode perceber que o seu carácter ao mesmo tempo pessoal e cultural faça com que cada autor tenha a sua própria definição, cada religião, cada cultura tenha as suas próprias concepções do que é a infertilidade.

As expectativas de vida para conceber a gravidez são elevadas na maioria dos indivíduos. Contudo, nem todos os casais que desejam uma gravidez natural irão conseguir esse objectivo espontaneamente, apresentando alguns sentimentos de incapacidade, frustração, angústia, vergonha, ansiedade, tristeza (Davidson, Hockley & Redsaw, 2007). Estes sentimentos criaram aos poucos um estigma sobre a infertilidade, devido a constante pressão social (Rankin, 2009).

Vários estudos realizados nesta área acordaram e admitem que a infertilidade é uma experiência médica, psicológica e social que requer dos sujeitos envolvidos uma redefinição de suas identidades como indivíduos e como casal (Hepworth, Loherty & McDaniel, 1992). Perante a perda ou a ameaça sobre o poder de procriação, muitas vezes não se distingue o que causa maior sofrimento: a ausência do filho desejado ou os sentimentos de fracasso, perda e de insegurança que invadem o indivíduo nesta situação, podendo eclodir uma série de sentimentos (Burns & Convington, 2006). Neste sentido a partir do momento em que a gravidez natural não se realize o casal depara-se com um momento vivenciado como um evento traumático para a maioria dos casais, experienciado como um acontecimento de grande stress (Chu, Klonoff, Natarajan & Sieber, 2001), angustia e períodos de crise existencial (Anderson, Irvine, Rattray & Sharpe (2003); Andersen, Boivin, Blaabjerg, Schmidt, Hald, Holstein, Tjornhoj-Thomsen, & Rasmussen, 2003).

No que diz respeito à etiologia, a infertilidade pode dever-se a fatores femininos, a fatores masculinos (cerca de 40% dos casos para ambos os géneros) ou à combinação de ambos (cerca de 20%), podendo no entanto ser também considerada “inexplicada” ou causa desconhecida (Faria, 2001). Um estudo realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (Carvalho & Santos, 2009), revelou que cerca de 9 a 10% dos casais portugueses sofrem de infertilidade ao longo da vida, revelando que entre 260 e 290 mil casais portugueses sofrem de infertilidade e mais de 100 mil podem beneficiar de tratamento para solucionar o problema. Na Europa cerca de 10 a 15% da população em idade fértil experimenta problemas de infertilidade (Canavarro, 2001).

A vivência da infertilidade é encarada de forma diferente de indivíduo para indivíduo, variando em função da cultura, da história pessoal, do género e da importância que se encontra investido no futuro filho. Para muitos indivíduos, ter um

filho é o principal objectivo de vida e, nesses casos, o sofrimento decorrente da infertilidade é maior (Boxer, Collins, Freeman, & Tureck, 1992).

Existe assim uma grande variabilidade nas formas como cada indivíduo reage à experiência da infertilidade (Greenfeld & Leiblum, 1997). Questões como género (Jordan & Revenson, 1999), causa da infertilidade (Chao, Lee & Sun, 2001), autoestima e ocorrência de conflitos interpessoais (Abbey, Andrews, & Halman, 1992), locus de controle (Abbey & cols., 1992; Gavazzi, Meth & Sabatelli, 1988), estratégias de coping empregadas (Gavazzi & cols., 1988) e relação conjugal (Abbey, Andrews & Halman, 1991) são alguns dos fatores que parecem influenciar essas respostas.

Com os avanços dos estudos nesta área considerou-se a vivência de infertilidade e dos tratamentos em momentos distintos: antes, durante e após o tratamento.

Primeiramente, quando não ocorre a gravidez, vive-se o desejo da maternidade/paternidade de uma forma diferente e imaginada... Estes casais fazem esforços e tentam todos os recursos para esta concretização, sendo encarado um dos primeiros períodos de desgaste emocional. Estas reações variam no homem e na mulher, dependendo de variáveis como idade da mulher, o “intenso” desejo de ter um filho, o valor e as expectativas de ter um filho, situação pessoal/laboral, a causa de infertilidade, etc... Interpretando a capacidade de ter um filho com um juízo de valores como a diminuição da autoestima, sentimentos de inferioridade, diminuição da autoconfiança e autoimagem, ou seja, estes indivíduos deparam-se com sentimentos constantes de angústia onde “querem e não podem” (Garcia-Velasco, 2012). Rosenthal (1985) sistematizou o stress/resposta ao anúncio da infertilidade: a negação, que caracteriza esta fase como uma defesa inconsciente que impede a constatação de uma realidade penosa, onde a mulher continua à espera que ocorra a gravidez, sendo cada período menstrual sentido com frustração, desespero e tristeza; outra fase é de rituais “obsessivos”, onde a vigilância da fertilidade, testes, os dias de relações sexuais tornam-se obsessivos; a fase de elaboração, que é caracterizada pela consolidação e processamento emocional, enquanto a raiva do sujeito é frequentemente deslocada para a equipa médica ou outros familiares; e por fim a fase de resolução, nesta fase o casal já é capaz de considerar alternativas a maternidade ou paternidade, se esta não poder ser conseguida, seguida por um período grave de sofrimento que pode durar dias, semanas, meses ou mesmo anos.

Estes casais tendem a perceberem-se como diferentes daqueles com quem convivem (Borlot & Trindade, 2004; Ulrich & Weatherall, 2000), o que pode favorecer sentimentos de inveja (Miranda e cols., 1995), vergonha (Borlot & Trindade, 2004; Davidson et.al., 2007) e solidão (Greenfield & Leiblum, 1997).

Antes da realização do tratamento estes casais recriam uma ambivalência emocional, por parte da “ilusão” de conseguir e esperar o tratamento como uma solução depois do desgaste inicial (Garcia-Velasco, 2012). Durante o tratamento, como irei descrever mais pormenorizadamente no ponto 1.3., é quando são vivenciadas as maiores dificuldades experienciadas com sentimentos de expectativas e frustrações.

Após a realização dos tratamentos pode-se experienciar sentimentos como ansiedade, tristeza e frustração (caso o resultado do tratamento seja negativo e não seja concretizada a gravidez) ou de alegria e alívio (caso o resultado seja positivo e ocorra a gravidez).

2.1. Causas de infertilidade

As causas de infertilidade são diversas e podem não estar associadas só às anomalias dos sistemas reprodutores: feminino ou masculino (anexo II), mas também por fatores psíquicos, sociológicos, ambientais (Canavarro, 2001). Estas causas podem subdividir-se em categorias: fatores de origem feminina (40%), fatores de origem masculina (40%), fatores mistos (10%) e fatores idiopáticos ou inexplicáveis (10%), (Faria, 2001). As percentagens da infertilidade feminina aumentam com a idade: aproximadamente 10% das mulheres entre os 15 e os 30 anos, 14% entre os 30 e os 34%, 25% com mais de 35 anos. O declínio é rápido a partir dos 35 anos, aumentando 30% com a idade de 37, 45% aos 40 anos, 70% aos 43 (Faria, 2001). Os primeiros autores que abordaram este assunto assumiram a causa da infertilidade com uma orientação psicodinâmica (e.g. Astor & Pawson, 1985; Dennerstein & Morse, 1985) explicando a infertilidade a partir de perturbações psicológicas como perturbações da personalidade.

Ao longo do tempo vários estudos foram concretizados e varias teorias formuladas para as causas da infertilidade (e.g.. Isenberg & Wasser, 1986; Dennerstein & Morse, 1985), neste sentido, principalmente na infertilidade de causa desconhecida, pode haver o desejo de ter um filho ou as condições psicossociais serem deficientes no sentido de permitir uma gravidez com sucesso e cuidados parentais adequados. Com isto, alguns aspetos poderão explicar o aumento da infertilidade como fatores sociobiológicos, como assegurar a profissão para não comprometer a segurança económica da família, ou mesmo, atrasar a decisão de ter filhos devido à sua ambivalência acerca de os ter ou sobre a própria relação. Enquanto, que outros podem adiar esta decisão de ter filhos até atingir um nível de maturidade emocional e

relacional. Assim, pode existir um hiato entre o sentido psicológico do casal de que está pronto para ter filhos e a possibilidade física de reprodução (Leal, 2005).

Segundo o programa nacional de saúde, as causas de infertilidade têm aumentado, não só pelos fatores físicos, mas também psíquicos, sociológicos, e ambientais (Direção-Geral da Saúde, 2008). Segundo Faria (2001) os fatores podem ser: o adiamento do primeiro filho, pelo motivo não só pelo prolongamento da escolaridade, mas também pelo retardamento da entrada na idade adulta, as dificuldades de acesso ao emprego e o investimento na carreira profissional. O aumento da transmissão de infeções sexualmente transmissíveis não só devido ao início precoce da vida sexual. O aumento da utilização de métodos contraceptivos determinando um número menos de ciclo ovulatórios. A excessiva exposição a tóxicos decorrentes da poluição como da atividade laboral. O aumento do stress nas sociedades atuais, a ocorrência de importantes alterações nos hábitos e no estilo de vida adotados pela população, tais como: a prática de uma alimentação irregular e desequilibrada, o aumento do consumo do tabaco, de álcool, de estupefacientes e também de medicamentos. O aumento da temperatura testicular que decorre de situações como, o uso de roupa apertada e de tecidos sintéticos, a exposição prolongada ao calor (sol, sauna, etc.) e a permanência prolongada na posição de sentado consequente muitas vezes da ocupação laboral.

O tratamento médico da infertilidade sem ter em atenção os factores psicológicos envolvidos pode aumentar a probabilidade de falhas na reprodução nas fases seguintes do processo (Isenberg & Wasser, 1986).

2.2. Infertilidade e género

O impacto da infertilidade, como revisto anteriormente, não pode ser individualizado de aspetos relativos ao contexto social, económico, político, e ao significado na vida dos homens e das mulheres, não deve ser considerado sem tomar conta os papéis de género. Apesar na maioria dos casos, apenas um membro do casal ser alvo do diagnóstico de infertilidade, este tem que ser considerado um problema de casal, não implicando que cada membro vivencie este diagnóstico de maneira diferente (Canavarro, 2001).

Durante muitos anos, a infertilidade foi encarada como sendo feminina posicionando os homens à margem deste problema. Com a evolução dos meios do diagnóstico do problema, surge a constatação que o factor masculino também faz parte do problema de infertilidade (Jordan & Revenson, 1999).

Conforme a literatura, a infertilidade e o respetivo tratamento evidenciam um maior impacto para as mulheres, apresentando-se estas mais predispostas a realizar os tratamentos do que os homens (Beaupreire, Jones, Saunders, Tennat & Thireing, 1994; Burns & Covington, 2006). Para as mulheres, segundo um estudo realizado por, Dunkel-Schatter e Lobel (1998), o sofrimento é maior, propondo como possíveis hipóteses, uma maior “carga” com os tratamentos, um maior desejo de ter um filho, enquanto os homens tentam outras alternativas, como estabilizar a autoestima.

O impacto de infertilidade nas mulheres causa maiores níveis de ansiedade, stress, depressão, baixa autoestima e no ajustamento psicológico, sexual e conjugal (Benoit, Bissonnette, Duchesne, Gerard, Sabourin & Wright, 1991) contribuindo para que estas se envolvam em atividades relacionadas com a infertilidade, aprofundando os conhecimentos médicos (Leal, 2005). Os estudos de Benoit et al.(1991) e Daniluk (2001), revelaram que as mulheres inférteis apresentaram mais sintomas psiquiátricos do que os homens, em especial quando a causa é de fatores femininos ou inexplicáveis. As investigações e os protocolos são quase invariavelmente consumidoras de tempo (mapas de temperaturas, exames pós-coito, injeções diárias...) para as mulheres e são causadores de maior stress (Levin & Seibel, 1987; Greenfeld & Mazure, 1989; Chang, Kerin & Reading, 1989).

Se vários estudos referenciam que a infertilidade tem consequências negativas mais nas mulheres do que nos homens (e.g. Greil, Leitko & Porter, 1988), não existe no entanto um consenso neste tema. As pesquisas (e.g. Rankin, 2009; Boivin, 2007) revelam existir diferenças quanto ao impacto da infertilidade como nas estratégias de *coping*, nos dois géneros.

A investigação sobre as consequências psicossociais da infertilidade no homem tem levado alguns autores a sugerir que a paternidade é um papel menos importante na vida dos homens e que, conseqüentemente, estes sofrem menos com a existência de problemas de fertilidade (Hardy & Makuch, 2002). Apesar de parecerem mais capazes do que as suas mulheres de aceitar um estilo de vida sem filhos (Bissonnette, Duchesne & Wright, 1991), quando deparados com problemas de fertilidade, os homens reportam menor autoestima, maior inadequação relativamente ao seu papel social e níveis mais elevados de ansiedade, do que quando não existe qualquer diagnóstico de infertilidade (Cousineau & Domar, 2007). Quanto confrontados com este tipo de dificuldades, os homens tendem a aumentar o seu envolvimento no trabalho e noutras atividades, sendo mais otimistas e orientados à resolução de problemas do que as suas mulheres e menos preocupados ao suporte social (Jordan

& Revenson, 1999). Daniluk e Webb (1999) referem ainda que quando confrontados com um diagnóstico de infertilidade, os homens experimentam um sentimento de perda, luto e inadequação social, para o qual contribuem certamente as associações populares entre fertilidade, masculinidade e virilidade (Gill, & Throsby, 2004). Além disso, alguns homens experimentam períodos de impotência e ansiedade relacionada com a sua *performance* sexual (Burns & Covington, 2006; Cousineau & Domar, 2007).

2.3. Técnicas de procriação medicamente assistidas

Os séc. XIX e o início do séc. XX ficaram marcados por enormes progressos na Medicina na área da Reprodução Humana, possibilitando aos casais com problemas de fertilidade diversos tipos de intervenções e novos tratamentos médicos, através da Reprodução Assistida, existindo mais de 40 tratamentos para a infertilidade (Burns & Covington, 2006). Com os avanços das intervenções médicas neste âmbito é possível conceber uma nova vida, e estabelecer este objectivo tão importante para casais que não conseguem conceber um filho de forma espontânea. A Organização Mundial de Saúde - OMS definiu as técnicas de reprodução medicamente assistida como “o esforço ... em ultrapassar as barreiras que permitam os espermatozoides encontrar os ovócitos, nos casais inférteis” (Direcção-Geral de Saúde, 2008). Estes diferentes tratamentos permitem aos casais inférteis conceber uma gravidez, tendo estes que enfrentar diversos desafios. Contudo, as intervenções envolvidas nos procedimentos de reprodução assistida podem ser extremamente desgastantes tanto do ponto de vista físico quanto psicológico, além de economicamente muito dispendiosos.

Mundialmente, aproximadamente 56% dos casais que não conseguem conceber, procuram tratamento para os seus problemas de fertilidade (Bitzer, 2002). Existem várias Técnicas de Reprodução Medicamente Assistida (TRMA), como: a Inseminação Artificial (IA), a Fecundação *in Vitro* (FIV), a Injeção Intracitoplasmática dos espermatozoides (ICSI) (anexo III). Os casais ao depararem-se com estas novas técnicas, já percorreram um grande caminho de investigação da infertilidade, tendo esgotado na maioria das vezes a possibilidade de obterem uma gravidez espontânea. Quando os espermatozoides e os ovócitos têm origem no casal, a reprodução medicamente assistida é designada de Inseminação Artificial Intra-Conjugal (IAC), também designada por inseminação homóloga. Quando os espermatozóides e/ou ovócitos não provêm do casal, a reprodução medicamente assistida é denominada por inseminação artificial com dador (IAD), ou inseminação heteróloga (Canavarro, 2001). A probabilidade da mulher engravidar depois de três tratamentos possíveis é de 40% a 45% (Gaasbeek & Leerentveld, 1993).

2.4. Sintomatologia psicológica no processo de infertilidade

O desejo de ter um filho e a incerteza de não conceber um filho, pode representar um abalo para a estrutura psíquica que conduz a uma vivência stressante e ansiosa, e muitas vezes depressiva. Em consequência desta vivência, poderá surgir um sentimento de perda que segundo, Coimbra de Matos (2001), confere como fase inicial de tristeza, seguida por uma fase de inibição, representando a desistência, e uma fase final de angústia. E estas perdas podem desencadear a depressão associada a ansiedade.

A experiência da infertilidade compromete a vários desafios emocionais e psicológicos desde o início do seu diagnóstico, durante as tentativas de resolução deste problema até ao seu fim com sucesso ou sem sucesso de gravidez. No início dos tratamentos as reações emocionais podem desencadear perturbações psicopatológicas. Chen & Col (2004) afirma que 40,2% apresentam pelo menos um transtorno psicopatológico, apresentando 28,6% de ansiedade e 26,8% de depressão. Boivin (2003) foi ao encontro deste estudo afirmando que casais inférteis manifestam níveis superiores de ansiedade comparativamente a níveis de depressão. Outro estudo foi averiguado por Greil (1997), observou numa revisão bibliográfica, que em estudos sistemáticos de grupos de controlo e de comparação não foi detetada qualquer tipo de psicopatologia significativa na população de casais inférteis.

Muitos estudos afirmam que a ansiedade tem um grande predomínio no campo da infertilidade, principalmente feminina (Reading et al.,1989; Golombok, 1992; Sanders & Bruce, 1997). Esses sintomas têm sido indicados como causa e/ou como consequência da infertilidade (Greil,1997). Jacob (2001) examinou fatores emocionais em casais que necessitam de recorrer a TRMA, avaliando a ansiedade em homens e em mulheres inférteis antes do tratamento, verificando que as mulheres possuíam elevada ansiedade traço comparativamente aos homens.

A comparação das prevalências de ansiedade e depressão na infertilidade entre diferentes estudos epidemiológicos está dificultada devido às diversas definições de infertilidade e métodos de amostragem variados Tendo em conta as várias limitações e a diversidade das pesquisas realizadas neste âmbito, pode-se concluir que os sintomas psicológicos de ansiedade e depressão, são complexos e influenciados por diversos fatores. Canavarro, Gameiro e Moura-Ramos (2007) enumeram fatores que constituem uma baixa adaptação dos casais inférteis, tais como: variáveis de personalidade (antecedentes psicopatológicos, existência de infertilidade primária, visualizar a paternidade/maternidade como um objetivo de

vida central); variáveis de situações sociais (pobre relação conjugal e rede social fraca); variáveis relacionadas com o tratamento (tempo do tratamento, efeitos secundários dos tratamentos (flutuações de humor, momentos de toma de decisão...)).

A ansiedade é um dos importantes preditores do sucesso das TRMA (Eugester, Vingerhoets, 1999). Estudos recentes relatam que 30,8% das mulheres em tratamento de reprodução assistida possuíam algum tipo de desordem psiquiátrica. Dentre as mais frequentes encontravam-se a sintomatologia depressiva 10,9% e a sintomatologia ansiosa 14,8% (Volgsten et al., 2008). Sendo estes resultados confirmados com estudos anteriores (Domar et al., 1992; Matsubayashi et al., 2001; Anderson et al., 2003, Chen et al., 2004, Williams et al., 2007).

Numa revisão por Golombok (1992) sugere que a ansiedade é a dificuldade que mais surge nos pacientes durante os tratamentos de fertilidade, enquanto a depressão atinge mais as mulheres que a fertilidade se arrasta à vários anos. Antes do tratamento, como já referi anteriormente no ponto 2, o casal enfrenta uma ambivalência emocional, por parte da ilusão de conseguir e esperar o tratamento como a solução depois de tanto tempo de expectativas e de luta. Após o primeiro momento determinando como angustiante seguem-se os dias de estimulação, das injeções e todos os procedimentos recorrentes das TRMA, que poderão contribuir para um aumento de ansiedade e pensamentos obsessivos. Aumentando os níveis de tensão e conseqüentemente a labilidade emocional (Garcia-Velasco, 2012). Variáveis como o número de tratamentos anteriormente realizados, as características da personalidade, o suporte emocional, acabam por determinar o percurso da resposta emocional (Verhaak, 2005).

Domar (1992) afirma que a depressão major é mais frequente em mulheres em tratamento de infertilidade do que mulheres férteis. Ao contrário do estudo anterior, Wischman (2001) e Boivin (2003) afirmam que durante o tratamento de fertilidade as mulheres apresentam níveis mais elevados de ansiedade e menores de depressão.

3. Sintomatologia ansiosa e depressiva durante a Gravidez

O período da gravidez como já referido anteriormente é um momento dominado por diversas transformações que exigem um processo de adaptação, em que os futuros pais terão que fazer ajustamentos dependendo das características pessoais, de vários fatores sociais, culturais e familiares. Como é de esperar estas diversas transformações contribuem para que durante este processo se inicie ou prolongue o

surgimento de uma possível sintomatologia ansiosa e depressiva, mesmo que exclua a dimensão de diagnóstico psicopatológico. Este período gestacional aparece como um momento de vulnerabilidade psicopatológica que comporta sérios riscos no progresso tanto da própria gestação, da saúde do feto como dos futuros pais. A presença de desordens psicopatologias (ansiosas e depressivas) na gravidez é um problema prevalente, que parece estar relacionada com atrasos no desenvolvimento da feto/criança (e.g. Buitelaar, Huizink, Mulder, De Medina, & Visser, 2003; Van Balen, Naaktgeboren, & Trimbos-Kemper, 2001).

As primeiras investigações sobre a prevalência de sintomatologia ansiosa e depressiva na gravidez foram realizadas essencialmente na mulher, excluindo o homem, tendo em conta um maior interesse na ocorrência de uma possível depressão pós-parto e na ansiedade durante a gravidez (Figueiredo, 2001). O estado psicológico paterno durante a gravidez só teve maior relevo ao longo das últimas décadas, pois evidenciou-se de igual forma - tal como na mulher - um risco para o desenvolvimento de problemas a nível de saúde mental (e.g. Figueiredo, 2001).

As investigações publicadas, entre os anos 60 e 80, nos EUA e no Reino Unido, revelaram que a perturbação psiquiátrica após o parto era muito mais frequente do que na gravidez em mulheres (Kendell, Wainwright, Hailey, & Shannon, 1976; Kendell, 1978; Kendell, Rennie, Clarke, & Dean, 1981; Paffenberg, 1982; Pugh, Jerath, Schmidt, & Reed, 1963).

Em investigações recentes, os resultados encontrados parecem indicar que a sintomatologia psicopatológica é mais elevada na gravidez do que no período do pós-parto (Anderson, Sundström-Poromaa, Wulff, Aström, Bix, 2006; Breitzkopf, Primeau, Levine, Olson, Wu, Berenson 2006; Buist, Morse, & Durkin, 2003; Heron O'Connor, Evans, Golding & Glover 2004; Chong, Chui, Lee, Sze, Lam & Fong, 2007).

Num estudo de base populacional sobre a prevalência de desordens psiquiátricas no 2º trimestre de gravidez, efetuado na Suécia com 1795 mulheres grávidas em clínicas obstétricas (Andersson, Astrom, Bixo, Sundstrom-Poromaa & Wulff, 2006) foi encontrada uma prevalência de 14.1% de desordens psiquiátricas. Van den Berg (2006) compararam 324 mulheres grávidas (avaliadas antes, durante e após o parto) e 324 mulheres não grávidas, não encontrando diferenças nas médias, prevalência e incidência de desordens mentais entre grupo de estudo e controle.

Alguns estudos deram conta que a depressão era mais comum após o parto do que na gravidez (Bromet & Cornely, 1984; O'Hara, Neunaber, & Zekoski, 1984; Kumar & Robson, 1984;), outros observam o contrário (Ballinger, 1987; Fleming, Ruble, Flett, & Wagner, 1990). Contudo todos eles revelam que a sintomatologia ansiosa é muito

frequente na gravidez do que após o parto (Cox, 1979; Elliot, Rugg, Watson, & Brough, 1983; Jinadu & Daramola, 1990).

No que diz respeito ao domínio específico da ansiedade materna, já na década de 70 os estudos apontavam para a existência de valores elevados de sintomatologia ansiosa durante a gestação (Leal, 2005), confirmados atualmente estes dados por alguns estudos (e.g. Figueiredo, 1997; Saxena & Singh 1991). Figueiredo e colaboradores (1982) realizaram um estudo na população Portuguesa, com uma amostra de 299 grávidas, selecionadas aleatoriamente numa unidade de saúde urbana do Porto, evidenciando no 1º e no 9º mês de gestação valores mais elevados comparativamente a mulheres não-grávidas, não evidenciando flutuações ao longo da gravidez. Pinelli (2000) comprova que neste período de vulnerabilidade as mulheres exibem maiores níveis de ansiedade comparativamente ao homem. Beaurepaire, Douglas, McMahon, Tennant e Ungerer (1997) verificaram que grávidas após TRMA apresentavam maiores níveis de ansiedade comparativamente com grávidas sem história de infertilidade, sendo que estes níveis de ansiedade dependeriam do número de tratamentos realizados. Newton (1990) refere existir maiores níveis de ansiedade depois dos tratamentos. Contrariamente aos estudos anteriores, Hammarberg, Fisher e Wynter (2008) referem não existir diferenças quanto a ansiedade entre grávidas após TRMA e grávidas da população em geral. Berenson, Breitkopf, Primeau, Levine, Oslon & Wu (2006) realizaram um estudo comparando as mulheres grávidas após TRMA (24-36 semanas), com mulheres não grávidas e mulheres pós-parto de baixo nível socioeconómico, verificando que os níveis de ansiedade são significativamente mais baixos nas mulheres de pós-parto. Contudo, o reconhecimento da natureza multidimensional da ansiedade, nomeadamente durante a gravidez, levou alguns autores a reformularem as suas investigações de forma a avaliar estes diversos componentes de ansiedade e o seu impacto diferencial na saúde e bem-estar materno, bem como na saúde e desenvolvimento da criança.

A ansiedade paterna tem sido relacionada com o Síndrome de Couvade, como anteriormente mencionado. Ayes, Ahmed, Brennan e Marshall-Lucette (2007), afirmam que os níveis de ansiedade paternos durante a gravidez aumentam dependendo de vários elementos, como passar de uma relação a dois (conjugal) para uma relação a três. Trethowan e Conlon (1965) e Lukesch (1977) afirmam que os homens apresentam maiores níveis de ansiedade durante este período de gravidez. Cohen, McMahon, Tennant, Saunders e Leslie (2000), verificaram que os homens cujas companheiras engravidaram após a realização de TRMA apresentaram níveis

superiores comparativamente aos homens que as companheiras conceberam uma gravidez sem a realização de TRMA. Um estudo de Collins, Hjelmstedt, Matthiesen Widstrom e Wramsby (2003) averiguaram que os homens com história de infertilidade apresentaram maior ansiedade somática do que os homens que não apresentavam infertilidade. Almqvist, Punamaki Repokari, Roikkeus, Sinkkonen, Tiitinen, Tulppala Unkila-Kallio e Vilska (2005) por sua vez, referem que os homens que cujas companheiras engravidaram após a realização de TRMA apresentam níveis inferiores de ansiedade.

Referente à depressão, Halbeirch (2004) refere num artigo de revisão que a depressão na gravidez varia muito de estudo para estudo, dependendo da metodologia e das variáveis envolvidas. Boyce e colaboradores (2004) revelam que mulheres grávidas apresentam maior sintomatologia depressiva do que noutra período de vida da mulher. Bürgin, Perren, Simoni, Wyl, e von Klitzing, (2005) referem que a sintomatologia depressiva decresce ao longo da gravidez. Edwards, Dekker, Galletly e Semmler-Booth (2008) avaliaram 421 mulheres concluindo que 29.7% das mulheres grávidas apresentavam depressão. Um estudo realizado em Portugal (Augusto, Calheiros, Kumar, Matos & Figueiredo, 1996) revelou que mulheres grávidas com níveis socio económicos mais baixos revelam maior risco de apresentar sintomatologia depressiva.

Em relação as diferenças de género geralmente as mulheres apresentam maiores valores de depressão (12-20%) do que os homens (4-6%) na gravidez (Matthey, 2000; Ascwnio, Contogeorgos, Deeds, Diego, Field, Figueiredo & Hernandez-Reif, 2006). Areias, Barros, Kumar e Figueiredo (1996) verificaram que 16.7% das mulheres se encontravam deprimidas durante a gravidez comparativamente a 4.8% dos homens. Indo de encontro aos dados do estudo anteriormente referido Matthey, Barnett, Ungerer e Waters (2001) avaliaram os casais às 20-24 semanas de gravidez relativamente à sua saúde mental através do Beck Depression Inventory (BDI), verificando que 12.3% mulheres revelaram sintomatologia depressiva durante a gravidez comparativamente a 5.3% dos homens, enquanto nas 36 semanas da gravidez as mulheres revelam 21,1 % e os homens 8.7%. Com os dados anteriormente revistos, Perren e colaboradores (2005) confirmaram que as mulheres revelam mais sintomas depressivos do que os homens, evidenciando com isto que estes sintomas psicopatológicos durante a gravidez poderão contribuir como fatores de risco para um aumento ou manutenção de sintomas depressivos depois o

parto. Leathers e Kelley (2000) verificaram que 7.3% dos homens manifestavam sintomas depressivos sendo a percentagem de 30.6% nas mulheres.

No que concerne a depressão em grávidas após TRMA, Almqvist, Punamaki Repokari, Roikkeus, Sinkkonen, Tiitinen, Tulppala, Unkila-Kallio e Vilska (2005), verificaram que os aspetos sociais relacionados com os bebés, as dificuldades em dormir, e a disfunção social são fatores importantes para a determinação de sintomas depressivos. Verificou-se que os homens durante a gravidez e após a realização de TRMA, apresentavam níveis inferiores de depressão, vivenciando a gravidez como sendo mais stressante (Naaktgeboren, Trimbo-Kemper & Van Balen, 2001).

A correlação entre estas duas psicopatologias também se torna como foco de estudo em vários países. No estudo de Lee e colaboradores (2007) numa amostra de 357 mulheres grávidas, avaliadas nos 3º trimestres até às 6 semanas após o parto, verificaram que 54% e 37.1% das mulheres tiveram ansiedade pré-natal e sintomas depressivos, em pelo menos uma das avaliações realizadas durante a gravidez, sendo a prevalência da ansiedade sempre superior do que da depressão. Num estudo transversal de Breikopf, Berenson, Levine, Primeau, Oslon e Wu (2006) foram comparadas mulheres grávidas (24-36 semanas), com mulheres não grávidas e mulheres no pós-parto (2-8 semanas), de baixo estatuto socioeconómico.

Concluiu-se assim que a ansiedade e depressão, serem frequentes na gravidez, as mulheres grávidas ou puérperas não estão em maior risco do que aquelas que não estão grávidas ou que não deram a luz (Evans, Heron, O'Connor & Golding, 2004 ; Van den Berg, 2006). Os autores verificaram, ainda, que a presença de uma perturbação mental antes da gravidez ou no início da gravidez prediz a sua presença no pós-parto. Foi encontrada uma prevalência de 24.69% de desordens mentais na gravidez e de 23.46% no pós-parto. Com a divergência de várias investigações em termos de prevalência de ansieda

Parte II – Estudo empírico

Nesta segunda parte do trabalho, segue-se o capítulo 1 com os objetivos, o capítulo 2 dizendo respeito à metodologia (descrição da amostra, apresentação de instrumentos e procedimentos). Finalmente, no capítulo 3 conta-se com a apresentação dos resultados e a discussão dos mesmos. A presente investigação é considerada um estudo de caso múltiplo, em que os participantes são os casais que esperam o nascimento de um filho após sucesso com a intervenção de Técnicas Reprodutivas Medicamente Assistidas (TRMA), que são acompanhados na unidade hospitalar e que aceitaram participar no estudo. O procedimento da recolha foi realizado nas Consultas externas de Obstetrícia de gravidez de risco, onde as grávidas Pós-TRMA continuam a

ser acompanhadas no Hospital até ao fim da gravidez, esta recolha realizou-se entre Novembro de 2011 e Maio de 2012. Trata-se de um estudo exploratório, que corresponde a uma parte de um estudo mais alargado (estudo da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa em colaboração com duas unidades hospitalares do Norte do País). Através do estudo de caso múltiplo, exploratório, é possível descobrir novas áreas de pesquisa ou o delineamento de novas abordagens para objetivos pouco conhecidos (Ventura, 2007), como são as características da gravidez após sucesso com intervenção de TRMA, em cada membro do casal.

1. Objetivos

A investigação proposta tem como objetivo geral de contribuir para a compreensão da vivência psicológica da gravidez após sucesso (gravidez) de um acompanhamento num serviço de Medicina da Reprodução, no homem e na mulher.

Os objetivos específicos deste estudo são:

- Caracterizar quanto às variáveis sociodemográficas os casais que engravidaram após sucesso com intervenção de TRMA;
- Conhecer as características da vivência psicológica da gravidez nas mulheres após sucesso (gravidez) de um acompanhamento com intervenção de TRMA;
- Conhecer as características da vivência psicológica da gravidez nos homens que após sucesso (gravidez) de um acompanhamento com intervenção de TRMA;
- Verificar se existem diferenças quanto às atitudes sobre a gravidez e a maternidade entre um grupo de mulheres que engravidaram após TRMA e as grávidas da população em geral;
- 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 TRMA e os homens da população em geral;
- Averiguar a existência de ansiedade nos homens e nas mulheres após sucesso (gravidez) de intervenção de TRMA;
- Conhecer a existência de depressão nos homens e nas mulheres, após sucesso (gravidez) de um acompanhamento de TRMA;

- Comparar resultados quanto à depressão e ansiedade nos homens e nas mulheres após sucesso (gravidez) da realização de TRMA;
- Verificar a existência de correlações entre a vivência psicologia da gravidez e a ansiedade e depressão, no homem e na mulher, após sucesso (gravidez) nas TRMA.

No processo de investigação é de extrema importância a formulação de hipóteses. As hipóteses formuladas são explicações provisórias para o problema, ao qual pretendem dar resposta, ou seja, fazem a previsão dos principais resultados do processo de investigação. Por isso, desenvolvem-se de forma a descrever antecipadamente as relações entre as variáveis de estudo (Lima & Vieira, 1998). Neste estudo propôs-se as seguintes hipóteses:

H1: A vivência psicológica da gravidez no homem, após o sucesso de tratamento de medicina da reprodução, é diferente da vivência psicológica da gravidez dos homens da população em geral;

H2: A vivência psicológica da mulher, após o sucesso de tratamento de medicina da reprodução, é diferente da vivência psicológica da gravidez das mulheres da população em geral;

H3: Há diferenças significativas nos resultados das subescalas quanto a depressão, no homem e na mulher, após o sucesso de intervenção por TRMA;

H4: Há diferenças significativas nos resultados das subescalas quanto a ansiedade, no homem e na mulher, após o sucesso de intervenção por TRMA;

H5: Existe correlação positiva entre os resultados das subescalas de ansiedade e depressão da mulher e os resultados de cada uma das subescalas sobre a vivência psicológica da gravidez na mulher após TRMA.

H6: Existe correlação positiva entre os resultados das subescalas de depressão e ansiedade no homem comparativamente as subescalas sobre a vivência psicológica da gravidez do homem após TRMA.

2. Metodologia

2.1. Participantes

Depois de definidos os objetivos e as hipóteses da presente investigação, importa agora definir o caso múltiplo, ou seja, o grupo de participantes. Este é constituído por todos os casais que engravidaram após a realização de TRMA, cuja a gravidez é acompanhada na mesma unidade hospitalar e aceitaram participar no presente estudo

entre Novembro de 2011 e Maio de 2012. São ao todo 14 casais (14 homens e 14 mulheres), (N=28). Os participantes envolvidos na investigação são de nacionalidade Portuguesa e estão a ser acompanhados no centro de Procriação Medicamente Assistida após terem engravidado por TRMA, nas consultas do centro de Procriação Medicamente Assistida do Serviço de Ginecologia/Obstetrícia, e nas consultas externas de Obstetrícia.

Seguidamente apresentam-se os dados relativos à idade dos participantes (Tabela 1). Verifica-se que a maioria dos participantes situa-se na faixa etária compreendida entre os 36 e 40 anos (78.6%). Metade do grupo das mulheres tem idades entre os 31-35 anos (50%) e metade do grupo dos homens entre os 36-40 anos (50%). Tendo em conta os objetivos presentes neste estudo, as restantes características sociodemográficas encontram-se no capítulo 3, mais concretamente na apresentação de resultados.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes – Idades

Variável idade	Mulheres		Homens	
	N	%	N	%
26 e 30	3	21.4	-	-
31 e 35	7	50.0	2	14.3
36 e 40	4	28.6	7	50.0
41 e 45	-	-	5	35.7
Total	14	100	14	100

2.2. Instrumentos

No presente estudo foi utilizada a Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade - EAGM (Paul, Sousa & Xavier, 2001, cedido pelos autores) (anexo IV) a Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade – EAGP (Caeiro & Xavier, 2010, versão de estudo) (anexo V) e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS (Snaith & Zigmond, 1994, versão portuguesa de Ribeiro, 2007) (anexo VI).

A Escala de Avaliação da Gravidez e da Maternidade - EAGM (Paúl, Sousa & Xavier, 2001, cedido pelos autores), avalia as atitudes face à gravidez e a maternidade. Através desta escala conseguimos entender como a gravidez é vivenciada, de que forma contribui para o desenvolvimento pessoal e como se integra na vida da mulher. A escala é constituída por 42 itens de autopreenchimento, respondidos através de uma escala de tipo Likert, de quatro pontos (1- sempre; 2-

muitas vezes; 3-poucas vezes; 4-nunca) que se organizam em sete dimensões ou subescalas (Paúl, Sousa & Xavier, 2001, cedido pelos autores): A subescala “O Filho imaginado” que avalia as expectativas da mãe face o cuidado e a interação do futuro filho (exemplo de itens: “Tenho pensado no futuro do meu bebé”, “imagino-me a mudar as fraldas do meu bebé”); a subescala “Boa Mãe” que avalia as situações em que a mãe imagina a prestação de cuidados, bem como as manifestações de afeto ao bebé (itens como: “Penso que vou ser uma boa mãe”, “Uma boa mãe afasta a criança das dificuldades da vida”); a subescala “Gravidez como Fator de Mudança/Crescimento Pessoal” procurará estudar a forma como cada mulher vivência o período da gravidez, bem como esta vivência vai alterar a sua perspetiva do seu papel social no mundo (engloba itens como “Ter filhos altera a vida de uma mulher” ou “Desde que estou grávida que vejo a vida de forma diferente”); a subescala “Aspetos Difíceis da Gravidez/Maternidade” que compreende a avaliação da mãe face as dificuldades presentes na gravidez (itens como: “A gravidez é um período difícil na vida de uma mulher”, “Estou preocupada com a minha capacidade para enfrentar o parto”); a subescala “Relação com a Própria Mãe” demonstram como a mulher vivencia a relação que teve com a própria mãe, e se esta relação será um modelo a seguir com o filho (itens como: “A minha mãe merece o meu respeito pela forma como me educou” ou “A minha mãe compreendia os meus problemas e preocupações”); a subescala “Apoio do Marido/Companheiro” aborda o modo como a mulher vivencia o acompanhamento disponibilizado pelo marido/companheiro (itens como: “O meu marido/companheiro tem ajudado durante a gravidez”, “Desde que estou grávida, sinto que o meu marido/companheiro compreende as minhas necessidades”); a subescala “Imagem Corporal e Necessidade de Dependência” mostram como a mulher vivencia as mudanças físicas ao longo da gravidez e as questões de necessidade de dependência (itens como: “Durante a gravidez tenho-me preocupado com o meu aspeto” ou “Desde que estou grávida que tenho necessidade de mais carinhos”).

Os resultados obtidos no estudo de validação da escala comprovam que a escala possui boa qualidade psicométrica, em termos de finalidade, consistência, validade de conteúdo, validade discriminativa e fiabilidade (Paúl, Sousa & Xavier, 2001).

A administração da escala é individual e não existe tempo limite de resposta. Após a leitura das instruções, o indivíduo deve responder a cada item. Para cada subescala são somados os valores, obtendo-se assim valores diferentes para cada uma das 7 dimensões da gravidez que são avaliadas. A utilização desta escala justifica-se pelo fato de ter sido construída e validada através de uma amostra de mulheres grávidas portuguesas, pela simplicidade do formato de respostas e facilidade de compreensão dos itens, bem como pela utilidade da informação que disponibiliza sobre o de curso

do processo gravítico em contextos clínicos. Na abordagem da gravidez nas participantes deste estudo, possibilita desenvolver e aprofundar o conhecimento sobre este grupo de grávidas com características particulares, detetando possíveis situações de risco quanto ao seu desenvolvimento pessoal, do seu projeto de vida e, quanto à relação mãe-bebê abrir caminho para perceber as suas implicações e influências no desenvolvimento (Paul, Sousa & Xavier, 2001, cedido pelos autores).

A Escala de Avaliação da Gravidez e da Paternidade - EAGP (Caeiro & Xavier, 2010, versão de estudo), avalia as atitudes face à gravidez e a paternidade. A escala foi desenvolvida a partir da necessidade de perceber e operacionalizar as atitudes dos homens “grávidos” face à gravidez e à paternidade, durante a própria fase de gravidez (Caeiro & Xavier, 2010). É uma escala de autopreenchimento do tipo Likert destinado aos pais que esperam um filho(a). O formato dos itens do questionário só permite uma alternativa de resposta, onde o homem tem que se posicionar numa escala de quatro opções de respostas (do tipo Likert), variando entre “sempre” pontuado com 1, “muitas vezes” pontuado com 2, “poucas vezes” pontuado com 3 e “nunca” pontuado com 4. Esta escala permite um maior conhecimento dos fenómenos da gravidez e da paternidade vivenciados pelo futuro pai e a compreensão de algumas dimensões da relação pai-bebê, durante a gravidez (Caeiro & Xavier, 2010).

Esta escala é constituída por 76 itens que se organizam em 8 dimensões ou subescalas (Caeiro & Xavier, 2010): a subescala “Mudanças positivas associadas à gravidez e à paternidade” que avalia as disparidades e mudanças positivas que a gravidez acarreta, que inclui itens como: “Tenho pensado como a gravidez é uma fase muito importante na minha vida” e “Com a gravidez sinto -me mais responsável”; a subescala “Presença, envolvimento e suporte com a gravidez, a grávida o bebê” que avalia a proximidade, acompanhamento e envolvimento do pai tanto durante a gravidez como no futuro e o suporte/ apoio à grávida (itens como: “O apoio do marido/companheiro é muito importante durante a gravidez” e “Tenho estado presente nas consultas de acompanhamento da gravidez (ecografias, consultas pré-natais...)”); subescala “Alterações na estrutura individual, conjugal e familiar” que diz respeito às mudanças que ocorrem com a chegada de um filho tanto a nível individual no homem como na vida conjugal e familiar, na gravidez e no período pós-natal (itens como: “Ter filhos altera a vida de um homem” e “A vida de casal fica alterada com o nascimento de um filho”); a subescala “Preocupações e necessidade de apoio” esta abrange questões referentes às preocupações a nível financeiro, capacidade em lidar com o bebê e o parto. Abrange ainda necessidades de apoio e carinho por parte do futuro pai (itens como: “Com a gravidez sinto que preciso de mais apoio e carinho por parte da

minha mulher/ companheira” e “Com a gravidez sinto que tenho necessidade de mais apoio”); a subescala “Antecipação de satisfação e gratificação” avalia os sentimentos e pensamentos positivos e atividades que o homem antevê sentir e fazer com o seu filho quando for pai (itens como: “Penso que vou ser um bom pai” e “Sinto-me feliz por vir a ser pai.”); subescala “Antecipação de dificuldades no período pós-natal” avalia as preocupações e dificuldades que o homem antecipa acontecerem depois de o bebé nascer (itens como: “Tenho-me preocupado com a possibilidade de deixar de ter tempo para mim depois do bebé nascer de suporte material/financeiro à mulher e à criança” e “O marido/companheiro tem um papel importante”); a subescala “Sintomatologia física e/ ou psicológica associada à gravidez” avalia as a sintomatologia sentida pelo pai no decorrente á gravidez (itens como: “Tenho tido problemas físicos” e “A gravidez é um período difícil na vida de um homem”) e por fim a subescala “Ciúmes do bebé e/ ou da mulher” que avalia os ciúmes do pai tanto em relação ao bebé como em relação à mulher/ companheira que abrange os itens como: “Sinto ciúmes do bebé” e “Sinto inveja e ciúmes da minha mulher/ companheira” (Caeiro & Xavier, 2010). Esta escala possibilita 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 e os primeiros anos de vida (Caeiro & Xavier, 2010).

Ambos os questionários (EAGP e EAGM) integram um cabeçalho que permite o registo de variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade e estado civil) e respeitantes à Gravidez (número de filhos, o tempo de gravidez (em semanas) e o género do bebé (quando conhecido). Tendo em conta o objetivo de estudo de avaliar a ansiedade e depressão em casais que após a realização de TRMA conseguiram engravidar, optamos pela utilização do instrumento HADS – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Snaith & Zigmond 1994, versão portuguesa de Ribeiro, 2007) (anexo VI) que na versão portuguesa demonstra propriedades psicométricas semelhantes aos estudos gerais realizados noutras línguas. Este é um instrumento de autoaplicação é constituído por 14 itens, dos quais 7 avaliam ansiedade (HADS-A) e 7 depressão (HADS-D). 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. Foram adotados os pontos corte de Snaith e Zigmond (1994), recomendados para ambas as escalas: para a subescala HADS-A (ansiedade), sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9 , e para a subescala HADS-D (depressão), sem depressão de 0 a 8, com depressão ≥ 9 . 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). Esta escala é útil para a avaliação de sintomatologia depressiva ou ansiosa, em população não psiquiátrica, sendo um simples indicador clínico, não investigando a ocorrência de sintomas somáticos (insónia, lentificação...), (Alli, Marcolino, Mathias, Filho, Guaratini & Suzuki, 2007).

2.3. Procedimentos

2.3.1. Recolha de dados

Antes de se iniciar o estudo foi feito um pedido à Comissão de Ética da Unidade Hospitalar em que decorreu o estudo, com o objetivo da aprovação do mesmo. Para esse efeito foi elaborado um documento onde constava uma breve súmula do projeto e todas as etapas metodológicas, bem como o pedido de autorização ao Diretor do Serviço de Ginecologia/Obstetrícia e à Comissão de Ética para a Saúde do Hospital, e um ofício dirigido ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital. Após obtenção de autorização da referida Comissão de Ética deu-se início à recolha de dados, de Novembro de 2011 a Maio de 2012. Como já foi referido, foi solicitada a participação os casais que após sucesso na intervenção de Técnicas de Reprodução Medicamente Assistidas (gravidez), estavam a ser acompanhados numa consulta, na unidade de Ginecologia/Obstetrícia. O procedimento da recolha foi realizado nas consultas do centro TRMA do Serviço de Ginecologia/Obstetrícia, e nas Consultas externas de Obstetrícia de gravidez de risco, onde todas as grávidas Pós-TRMA, que continuam a ser acompanhadas no Hospital, são seguidas até ao fim da gravidez. A entrega dos instrumentos foi realizada por duas formas: por um contato direto onde se entregou ao casal ou só a um membro do casal os instrumentos, tendo sido explicado o objetivo do projeto do trabalho e solicitada a participação. A segunda forma foi com ajuda de uma enfermeira que se encontrava nas consultas externas de Obstetrícia, encarregando-se de explicar o objetivo do projeto aos casais e a posterior entrega dos questionários. Foi sempre solicitado o preenchimento do formulário de consentimento informado (anexo VII). Os participantes podiam preencher os instrumentos no local, mas tendo em conta as limitações referidas na sua disponibilidade de tempo, os instrumentos eram entregues com um envelope devidamente selado e com destinatário preenchido dirigido à investigadora responsável para a Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa (FEP-UCP), permitindo que o preenchimento fosse feito em casa e que apenas fosse necessário colocar o envelope no Correio.

2.3.2. Procedimentos e análise de dados

Relativamente aos dados recolhidos, estes foram organizados e os instrumentos foram cotados e introduzidos numa base de dados previamente elaborada, recorrendo-se ao programa informático SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 17,0 para Windows. Inicialmente realizou-se uma análise descritiva para efetuar a caracterização dos participantes (utilizando as variáveis respeitantes aos dados recolhidos através da primeira parte dos questionários). Para a análise dos 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 (versão em estudo)), e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (Snaith & Zigmond, 1994, versão portuguesa de Ribeiro, 2007) foram realizados testes z. Utilizou-se a seguinte fórmula (Clark-Carter, 1997) para se calcular as diferenças entre os resultados obtidos no estudo e os resultados da população em geral, nas diferentes subescalas que estes instrumentos avaliam.

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

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. Com o objetivo de analisar a existência, ou não, de correlações entre as diferentes dimensões de cada um dos instrumentos, foi utilizada uma estatística não paramétrica para o cálculo das correlações: Correlações de *Sperman*.

3. Apresentação de resultados e Discussão

3.1. Resultados

A análise de dados obedeceu a ordem pela qual foram formulados os objetivos. Deste modo, pelo fato do primeiro objetivo deste estudo visar na caracterização quanto às variáveis sociodemográficas dos casais que fazem parte do estudo, começa-se por se fazer uma análise descritiva as variáveis sociodemográficas destes casais. No que concerne às características sociodemográficas dos participantes é possível perceber que maioria dos 14 casais/28 participantes neste estudo são

casados (85.7%) sendo que 2 casais referenciaram união de fato (14.3%). (ver tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos participantes – Estado Civil

		N	%
Estado Civil	Casado/a	12	85.7
	União de fato	2	14.3
	Total	14	100

Os dados relativos à caracterização sociodemográfica das mulheres, quanto ao nível de escolaridade, estão na tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica das mulheres – Nível de escolaridade

		N	%
Habilitações literárias (anos de escolaridade)	6ºano	2	14.3
	9ºano	6	42.9
	Ensino secundário	4	28,6
	Ensino superior	2	14.3

Os dados relativos à caracterização sociodemográfica dos homens, quanto ao nível de escolaridade, estão na tabela 4.

Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica dos homens – Nível de escolaridade

		N	%
Habilitações literárias (anos de escolaridade)	1ºciclo (até 4ºano)	2	14.3
	2ºciclo (5ºao 6ºano)	6	42.9
	3ºciclo (7º ao 8º)	4	28,6
	Secundário (10ºao12º)	2	14.3
	Ensino superior	1	7.1

No que respeita aos dados relativos ao número de filhos, tempo de gravidez, sexo do bebé, estão na Tabela 5.

Tabela 5 – Caracterização dos participantes números de filhos, tempo de gravidez, género do bebé

		N	%
Número de filhos	Nenhum	11	78.6
	Um	2	14.3
	Três ou mais	1	7.1
Tempo de gravidez (semanas)	10-12	1	7.1
	13-15	3	21.4
	16-18	2	14.3
	19-21	1	7.1
	28-30	3	21.4
	31-33	1	7.1
	34-36	1	7.1
	Sem informação	2	14.3
Género do Bebé	Menino	5	35.7
	Menina	4	28.6
	Não Conhecido	5	35.7

Seguidamente serão apresentados os resultados obtidos para as sete subescalas ou dimensões Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade – EAGM (Paúl, Sousa & Xavier, 2001, cedido pelos autores):

Para a subescala “O Filho Imaginado” encontram-se diferenças significativas em termos estatísticos, comparativamente à população em geral (Tabela 6).

Tabela 6 - Resultados da subescala “O Filho Imaginado”.

	Média	Desvio Padrão
População geral	13.59	2.15
Participantes	11.57	3.08
	$z = 3.50$	$P = 0.02^*$

* $p \leq 0.05$

Na subescala “Boa Mãe” não se encontram diferenças significativas em termos estatísticos, comparativamente a população em geral (Tabela 7).

Tabela 7 - Resultados da subescala “Boa Mãe”

	Média	Desvio Padrão
População geral	20.09	3.87
Participantes	18.42	3.56
	$z = 1.61$	$P = 0.06$

Na subescala “Gravidez como fator de Mudança/Crescimento Pessoal” os valores obtidos não são significativamente diferentes em termos estatísticos, comparativamente com a população em geral (Tabela 8).

Tabela 8- Resultados da subescala “Gravidez como fator de Mudança/Crescimento Pessoal”.

	Média	Desvio Padrão
População geral	12.32	3.47
Participantes	12.57	3.05
	$z = 0.26$	$P = 0.39$

Na subescala “Gravidez como fator Aspectos Difíceis da Gravidez/Maternidade” encontram-se diferenças significativas em termos estatísticos, comparativamente a população em geral (tabela 9).

Tabela 9 - Resultados da subescala “Aspectos difíceis da Gravidez/Maternidade”

	Média	Desvio Padrão
População geral	23.09	3.72
Participantes	18.14	3.37
	$z = 4.9$	$P = 0.00^{**}$

** $p \leq 0.001$

Na subescala “Relação com a Própria Mãe”, esta subescala obteve valores semelhantes a população em geral, não existindo diferenças significativas entre os dois grupos (Tabela 10).

Tabela 10 - Resultados da subescala “Relação com a Própria Mãe”.

	Média	Desvio Padrão
População geral	6.48	2.03
Participantes	6.21	2.29
	$z = 0.49$	$P = 0.31$

Na subescala “Apoio do Marido/Companheiro” encontram-se diferenças significativas em termos estatísticos, comparativamente a população em geral (Tabela 11).

Tabela 11 - Resultados da subescala “Apoio do Marido/Companheiro”.

	Média	Desvio Padrão
População geral	5.79	1.70
Participantes	8.00	2.44
	$z = 0.49$	$P = 0.00^{**}$

** $p \leq 0.001$

Na subescala “Imagem Corporal e Necessidade de Dependência”, esta subescala não obteve significativamente diferentes dos da população em geral (Tabela 12).

Tabela 12 - Resultados da subescala “Imagem Corporal e Necessidade de Dependência”.

	Média	Desvio Padrão
População geral	8.71	2.34
Participantes	8.64	2.06
	$z = 3.38$	$P = 0.08$

Seguidamente serão apresentados os resultados relativos aos valores obtidos para as oito subescalas ou dimensões da Escala de Atitudes Sobre a Gravidez e a Paternidade - EAGP (Caeiro & Xavier, 2010, versão em estudo):

Na subescala “Mudanças Positivas Associadas à Gravidez e à Paternidade”, esta subescala registaram-se valores significativamente diferentes em comparação com a população em geral (Tabela 13).

Tabela 13 - Resultados da subescala “Mudanças Positivas Associadas à Gravidez e à Paternidade”.

	Média	Desvio Padrão
População geral	14.15	4.33
Participantes	16.57	2.98
	$z = 2.09$	$P = 0.01^*$

* $p \leq 0.05$

Na subescala “Presença, Envolvimento e Suporte com a Gravidez, a Grávida o Bebê”, nesta subescala registaram-se valores significativamente diferentes em comparação com a população em geral (Tabela 14).

Tabela 14- Resultados da subescala “Presença, Envolvimento e Suporte com a Gravidez, a Grávida o Bebê”.

	Média	Desvio Padrão
População geral	18.62	4.25
Participantes	20.93	4.96
	$z = 2.03$	$P = 0.02^*$

* $p \leq 0.005$

Na subescala “Alterações na Estrutura Individual, Conjugal e Familiar”, nesta subescala registaram valores significativamente diferentes em comparação com a população em geral (Tabela 15).

Tabela 15 - Resultados da subescala “Alterações na Estrutura Individual, Conjugal e Familiar”

	Média	Desvio Padrão
População geral	14.552	4.61
Participantes	19.42	4.71
	$z = 3.95$	$P = 0.04^{**}$

** $p \leq 0.001$

Na subescala “Preocupações e Necessidade de Apoio”, nesta subescala não se registaram valores significativamente diferentes em comparação com a população em geral (Tabela 16).

Tabela 16- Resultados da subescala “Preocupações e Necessidade de Apoio”

	Média	Desvio Padrão
População geral	26.01	5.67
Participantes	23.07	5.12
	$z = 1.03$	$P = 0.15$

Na subescala “Antecipação de Satisfação e Gratificação”, esta subescala não se registam valores significativamente diferentes em comparação com a população em geral (Tabela 17).

Tabela 17 - Resultados da subescala “Antecipação de Satisfação e Gratificação”.

	Média	Desvio Padrão
População geral	10.26	2.89
Participantes	10.86	3.86
	$z = 0.77$	$P = 0.22$

Na subescala “Antecipação de Dificuldades no Período Pós-natal”, nesta subescala registou valores significativamente diferentes em comparação com a população em geral (Tabela 18).

Tabela 18 - Resultados da subescala “Antecipação de Dificuldades no Período Pós-natal”

	Média	Desvio Padrão
População geral	18.09	3.35
Participantes	21.14	4.78
	$z = 3.38$	$P = 0.03^{**}$

** $p \leq 0.001$

Na subescala “Sintomatologia Física e/ ou Psicológica Associada à Gravidez”, esta subescala não se registaram valores significativamente diferentes em comparação com a população em geral (Tabela 19)

Tabela 19 - Resultados da subescala “Sintomatologia Física e/ ou Psicológica Associada à Gravidez”.

	Média	Desvio Padrão
População geral	13.59	2.16
Participantes	13.00	2.00
	$z = 1.02$	$P = 0.15$

Na subescala “Ciúmes do Bebê e/ ou da Mulher”, nesta subescala registaram-se valores diferentes estatisticamente significativos, entre os resultados obtidos no estudo e os resultados da população em geral (Tabela 20).

Tabela 20- Resultados da subescala “Ciúmes do Bebê e/ ou da Mulher”.

	Média	Desvio Padrão
População geral	7.78	0.61
Participantes	7.50	1.01
	$z = 4.9$	$P = 0.00^{**}$

** $p \leq 0.001$

Relativamente à análise de dados da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HADS (Snaith & Zigmond, 1994, versão portuguesa de Ribeiro, 2007),

(Tabela 21). Quando comparados os valores dos homens e das mulheres para cada uma das escalas, verificou-se que existiam diferenças estatisticamente significativa

Tabela 21 – Prevalência de ansiedade e depressão nos géneros

	Homens		Mulheres		test t	p
	Média	DP	Média	DP		
Ansiedade	5.50	2.48	8.29	4.58	2,94	.01*
Depressão	2.07	2.05	3.50	1.91	2,54	.02*

*p≤0.05

Para a avaliação da sintomatologia ansiosa e depressiva, foram adotados pontos de corte (Snaith & Zigmond, 1994, versão portuguesa de Ribeiro, 2007), recomendados para ambas as escalas:

- HAD-ansiedade: Sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9;
- HAD-depressão: Sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9.

Relativamente a sintomatologia ansiosa (tabela 22) e depressiva (tabela 23), tendo em conta o ponto de corte ≥ 9, verificou-se um caso masculino com valores superiores ao ponto de corte no que diz respeito à ansiedade e 6 casos femininos. Não se verificam casos com valores superiores ao ponto de corte da escala de depressão.

Tabela-22 – Prevalência de ansiedade nos géneros com ponto corte ≥.9

Ansiedade	Homem		Mulher	
	N	%	N	%
≥9	1	7.14	6	42.85
<9	13	92.85	8	57.14

Tabela – 23 - Prevalência de depressão nos géneros com ponto corte ≥ 9

Depressão	Homem		Mulher	
	N	%	N	%
≥9	0	0	0	0
<9	14	100	14	100

Procedeu-se, seguidamente às correlações de *Spearman* entre as subescalas dos diferentes instrumentos, Escala de Atitudes Sobre a Gravidez e a Maternidade - EAGM (Paúl, Sousa & Xavier, 2001), Escala de Atitudes Sobre a Gravidez e a Paternidade - EAGP (Caeiro & Xavier, 2010), e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Snaith & Zigmond, 1994, em versão portuguesa de Ribeiro, 2007) os resultados encontram-se na tabela 23.

Assim verifica-se que a subescala “Filho Imaginado” se correlaciona com a subescala “Mudanças das atitudes à Gravidez e a Paternidade”. A subescala “Boa Mãe” correlaciona-se com a subescala “Antecipação das dificuldades no período pós-natal”. A subescala “Relação com a própria mãe ” correlaciona-se com a subescala “Presença envolvimento e Suporte da Gravidez a grávida e o bebé”, com a subescala “antecipação das dificuldades no período pós-natal”, com a subescala “ciúmes do bebé”, e com as subescalas de ansiedade e depressão no homem e na mulher. A subescala de “apoio ao companheiro” correlaciona-se com a subescala “envolvimento e suporte a gravidez, a grávida e o bebé”, com a subescala “antecipação de satisfação e gratificação” e com a subescala “sintomatologia física e/ou psicológica associada a gravidez”. A subescala de ansiedade na mãe correlaciona-se com a subescala de “Preocupações e Necessidade de Apoio”, com a subescala “Aspectos Difíceis da Gravidez” e a subescala “Antecipação das Dificuldades no Período Pós-Natal”.

Quanto às correlações entre as subescalas de ansiedade e depressão, do homem e da mulher, verificou-se apenas a existência de uma correlação positiva entre os resultados da ansiedade da mulher e os resultados da depressão do homem. Relativamente a correlação entre as subescalas de ansiedade e depressão com escala da vivência psicológica da gravidez e da paternidade, verificou-se quanto à ansiedade paterna uma correlação negativa com o item “Antecipação e satisfação e gratificação”, com o item “Sintomatologia física e/ou psicológica associada à gravidez” e com o item “Ciúmes do bebé e/ou da mulher”. No que concerne a depressão paterna verificou-se uma correlação negativa com os itens “presença, envolvimento e suporte com gravidez, a grávida e o bebé”, “Preocupações e necessidade de apoio”, “antecipação de satisfação e gratificação”, “antecipação de dificuldades no período pós-natal”. Relativamente a depressão paterna verificou-se uma correlação positiva com o item “ciúmes do bebé e/ou da mulher”. Relativamente a correlação entre as subescalas de ansiedade e depressão com escala da vivência psicológica da gravidez e da Maternidade, verificou-se uma correlação positiva entre a ansiedade materna e a subescala “Relação com a própria mãe”. Quanto à “depressão materna” verificou-se uma correlação significativa positiva com a “relação com a própria mãe”.

Tabela -24 –Matriz de Correlações de Spearman entre as subescalas (EAGM, EAGPe HADS)

	Filho imaginado	Boa mãe	Gravidez como fator de mudança	Aspectos difíceis da gravidez	Relação com a própria mãe	Apoio ao companheiro	Imagem corporal	HADS AM	HADS DM	HADS AP	HADS DP
Mudança das atitudes à Gravidez e à Paternidade	.603*	.435	-.057	-.213	.375	.141	.356	-.276	-.232	.314	.266
Presença, Envolvimento e Suporte com a Gravidez, a Grávida o Bebê	-.501	.423	.167	.258	.544*	.542*	.390	.285	.093	.465	.603*
Alterações na Estrutura Individual, Conjugal e Familiar	.216	.093	.329	-.252	-.321	-.192	.121	.233	.313	.079	.123
Preocupações e Necessidade de Apoio	.171	-.163	.232	.213	-.173	-.188	.117	-.614	-.299	-.257	-.624*
Antecipação de Satisfação e Gratificação	.371	.513	.354	-.76	.593*	.739**	.101	.394	.263	.299	.540*
Antecipação de Dificuldades no Período Pós-natal	-.179	-.591*	.179	.285	-.760**	-.494	.067	-.681**	-.513	-.583*	-.909**
Sintomatologia Física e/ ou Psicológica Associada à gravidez	.216	-.311	.112	-.175	-.445	-.535*	-.172	-.360	-.099	-.610*	-.502
Ciúmes do Bebê e/ ou da Mulher	-.208	-.215	-.003	.439	-.588**	-.113	-.177	-.360	-.099	-.479	-.624*
HADS DP	.174	.595	-.150	-.300	-.698**	.506	.127	.554*	.384	.662**	--
HADS AP	.359	.384	.012	-.177	.567*	.483	-.142	.422	.328	--	.662**
HADS AM	-.207	.088	.032	-.276	.578*	.238	-.101	--	.706**	.422	.554*
HADS DM	-.192	-.024	.202	-.217	.625**	.061	-.409	.706	--	.328	.384

** ± ps0.10 (2 tailed) * ps0.05 (2 tailed)

Legenda:

HADS DM- Depressão materna; HADS-AM- Ansiedade materna; HADS AP –Ansiedade paterna; HADS DP- Depressão materna.

3.2. Discussão

Este capítulo pretende discutir, interpretar e analisar os resultados, demonstrando que as hipóteses sugeridas foram verificadas e que os objetivos propostos foram alcançados. Na discussão dos resultados vão ser inicialmente abordadas algumas características sociodemográficas dos participantes. Posteriormente vão ser discutidos os resultados das subescalas dos instrumentos utilizados (EAGM, EAGP e HADS), com a bibliografia existente sobre o tema, bem como os resultados obtidos nas correlações de *Spearman* entre as subescalas dos instrumentos.

Quanto ao primeiro objetivo, caracterizar quanto às variáveis sociodemográficas os casais que engravidaram após sucesso com intervenção de Técnicas Reprodutivas Medicamente Assistidas (TRMA), os participantes que entraram nesta investigação são casais de nacionalidade Portuguesa (N=14 / 28 participantes).

No que concerne a variável da idade, verificou-se uma maioria dos participantes situa-se na faixa etária compreendida entre os 36 e 40 anos (78.6%). Tendo metade do grupo das mulheres idades entre os 31-35 anos (50%) e metade do grupo dos homens entre os 36-40 anos (50%). Quanto as habilitações literárias a maioria dos participantes têm o 2º ciclo havendo apenas 2 com um curso de ensino superior. No concelho de Guimarães trata-se de uma população predominantemente de baixa escolaridade e inserida nos meios fabris, daí as características dos participantes (Machado, Remoaldo, Reis, Pereira & Xavier, 2005) No que diz respeito ao estado civil, verificou-se que maioritariamente os casais se encontram casados (85,7%), sendo que apenas 2 casais referenciaram que se encontravam em união de fato. Esta estatística deve-se as práticas do Centro de Procriação Medicamente Assistida de Guimarães, possibilitando a realização dos tratamentos só aos casais casados ou em união de fato (critérios do Sistema Nacional de Saúde - SNS). No que respeita às semanas de gravidez, averiguou-se que no momento de participação do estudo, as gravidezes encontram-se predominantemente nas 13-15 semanas (21.4%) e 28-30 semanas (21.4%). Quanto ao género, verificou-se que maioritariamente é do sexo masculino (35.7%), sendo o género desconhecido também prevalente (35.7%).

Depois de examinar o primeiro objetivo do estudo, segue-se a discussão do segundo objetivo (verificar se existem diferenças quanto às atitudes sobre a gravidez e a maternidade num grupo de mulheres que engravidaram após TRMA e as grávidas

da população em geral), após a análise dos resultados da escala de atitudes sobre a gravidez e a maternidade (Paúl, Sousa & Xavier, 2001) verificou-se diferenças significativas nas subescalas “Filho imaginado”, “Aspectos difíceis da gravidez/maternidade” e na subescala “Apoio do marido/companheiro”.

A subescala “Filho Imaginado” foi uma das subescalas que apresentou resultados com diferenças significativas, sendo que os valores obtidos com o grupo de participantes são mais baixos do que os valores da população em geral. Esta subescala avalia as expectativas da mulher grávida face ao futuro bebé (Paúl, Sousa & Xavier, 2001). É neste período (gravidez) que o presente e o imaginário se interligam (Pimentel, Teles & Xavier, 2004), intensificando-se as fantasias relativas ao feto, como por exemplo começando a imaginar características do bebé (temperamento, aspeto físico...), (Brazelton & Cramer, 1993; Ferrari, Lopes & Piccini, 2007). Este processo de construção mental do feto encontra-se associado ao desenvolvimento da gestação que confere uma posição especial à mulher grávida, fundamentais para a incorporação do papel materno e promoção para os cuidados maternos. A história anterior de infertilidade e a posterior vivência de TRMA poderão ter conduzido aos valores baixos obtidos, que nesta escala correspondem a maior investimento no imaginar o seu futuro bebé e as atividades que com ele vão realizar.

Neste sentido a partir do momento em que a gravidez natural não se realize o casal depara-se com um momento vivenciado como um evento traumático, experienciado como um acontecimento de grande *stress* (Chu, Klonoff, Natarajan & Sieber, 2001), angústia e períodos de crise existencial (Abbey, Andrews, Halman, 1991). Segundo Fonteles (2005) para as grávidas que passaram por TRMA, ter um filho é considerado como um fim a ser conseguido seja qual for o procedimento ao qual o casal é submetido. O período de gravidez é assim considerado segundo este autor como importante para a criação de um bebé imaginário apontando para um investimento prévio e uma idealização daquilo que será uma prestação de cuidados. Provavelmente, a dificuldade de todo o processo para engravidar e atingir o sonho de conceber o bebé desejado, nestes participantes, torna intensificada a imaginação do feto projetando as expectativas em relação à integração da mãe com o bebé.

Na subescala “Gravidez como fator aspetos Difíceis da Gravidez/Maternidade” os valores obtidos são significativamente diferentes em termos estatísticos, comparativamente com a população em geral. Esta subescala avalia a forma como a mãe encara os aspetos considerados mais difíceis no processo da gravidez, com os valores baixos obtidos, nesta escala os resultados correspondem a uma maior importância quanto aos aspetos considerados difíceis no processo da gravidez. Segundo a literatura, Collins, Hjelmstedt, Matthiesen, Widstrom e Wrambsby (2003) as

mães pós-TRMA reportaram menos preocupação com o sexo do feto e com as perdas potenciais associadas à maternidade, não dando maior importância do que a população aos aspetos difíceis presentes. Este fato não foi corroborado com o presente estudo, podendo se verificar que as participantes do estudo poderão vivenciar a gravidez de uma forma mais preocupante e intensificando mais os aspetos difíceis dados depois verificados quando administrado o instrumento HADS para avaliação da sintomatologia ansiosa, reportando as grávidas para níveis elevados de ansiedade.

Na subescala “Apoio Marido/Companheiro” verificaram-se diferenças significativas em termos estatísticos comparativamente com a população em geral (participantes obtiveram resultados elevados). Esta subescala procura analisar os sentimentos ao companheiro e da dependência da relação marido/companheiro (Paúl, Sousa & Xavier, 2001). Rapport (2003) verificou a importância do pai na rede de apoio para a mãe no momento de gravidez. Alguns estudos (e.g. Belesky, Lang & Rovine, 1985; Brown, 1994; O'Hara & Swain, 1983; Tavares, 1990) comprovam que o relacionamento conjugal, em termos de satisfação, proximidade do relacionamento e apoio do cônjuge, está relacionado com o ajustamento à gravidez (Pimentel, Teles & Xavier, 2004). Os resultados obtidos pelos participantes do presente estudo são sustentados por investigações anteriores desenvolvidas neste domínio, as quais são consensuais quanto a uma diminuição da satisfação conjugal durante a gravidez e o puerpério (e.g. Menendez & Hidalgo, 1998). Com efeito, um declínio na qualidade da relação conjugal entre o início da gravidez e o pós-parto, traduzido numa diminuição da proximidade, da comunicação e um aumento dos conflitos e da ambivalência entre os elementos do casal tem sido relatado em diversos estudos (e.g. Cox, Paley, Burchinal, & Payne, 1999; Fleming, Ruble, Flett, & Wagner, 1990; Gloger-Tippelt, & Huerkamp, 1998). Os mesmos resultados tinham já sido encontrados por Figueiredo e colaboradores (2006) que, interessados na mesma questão, concluíram que, na gravidez, o relacionamento com o companheiro não é tão positivo quanto o relacionamento estabelecido com outras figuras significativas. Provavelmente o facto de estes homens também terem passado pela fase de diagnóstico de infertilidade e pelos tratamentos trará um peso extra para esta gravidez em que eles próprios terão que integrar novas e diferentes vivências e expectativas face ao pós-natal que poderão limitar a disponibilidade para o suporte do elemento feminino do casal. Os resultados obtidos com a EAGP poderão ser analisados neste sentido.

Quanto ao objetivo de verificar se existem diferenças quanto a atitudes sobre a gravidez e a paternidade entre os homens participantes do estudo e os homens da população em geral, prosseguiu-se a análise das diferentes subescalas da Escala de

Atitudes sobre a Gravidez e a Parentalidade (EAGP) (Caeiro & Xavier, 2010, versão de estudo). Da análise dos dados obtidos, com base nas escalas administrativas, verificou-se que das setes subescalas encontram-se diferenças significativas em 5 delas: “Mudanças positivas associadas à gravidez e à paternidade”, “Presença, Envolvimento e Suporte com a Gravidez, a Grávida o Bebê”, “Alterações na Estrutura Individual, Conjugal e Familiar”, “Antecipação de Dificuldades no Período Pós-natal”, “Ciúmes do Bebê e/ ou da Mulher”.

A subescala de “Mudanças positivas associadas à Gravidez” reporta as diferenças e as mudanças positivas que a gravidez acarreta no homem, o aumento de responsabilidade, maior proximidade da mulher, e a importância desta fase na vida do homem (Caeiro & Xavier, 2010). Esta subescala que apresentou resultados com diferenças estatisticamente significativas, sendo que os valores obtidos com o grupo de participantes são superiores comparativamente aos valores da população em geral, significativo, nesta escala, menos referência a mudança. Colman e Colman (1994) afirmam que a gravidez é um período de crescimento, mudanças e desafios. Alguns estudos referem além de modificações somáticas nos futuros pais, existem alterações tais como: o aumento de interesse pelos bebês, as preocupações pela esposa e o aumento ou diminuição de apetite sexual (Benvenuti, 1995; Parke, 1996). O envolvimento paterno durante a gravidez é determinado por experiências prévias, reforçando a identidade paterna e redução da sensação de exclusão (Premberg & Lundgren, 2006). Segundo Greil, McQuillan e Slauson- Blevins (2009), afirmam que a experiência da infertilidade contribuiu para desencadear sentimentos mais fortes em relação ao futuro filho e uma maior tolerância no que concerne a parentalidade. Concluindo com isto que os participantes poderão ter vivenciado o processo de infertilidade e as TRMA como um crescimento pessoal mas sem a dinâmica que se encontra nos homens da população em geral.

Na subescala “Presença, Envolvimento e Suporte com a Gravidez, a Grávida o Bebê” registaram-se valores superiores registando diferenças significativamente diferentes em comparação com a população em geral. Esta subescala aborda a proximidade do pai em relação ao bebê, à presença do pai nas consultas de acompanhamento da gravidez e envolvimento do pai tanto durante a gravidez como no futuro e o suporte/ apoio à grávida, particularmente através do alívio do *stress*. Esta diferença de valores estatísticos poderá dever-se as características dos participantes (gravidez após TRMA). Ao encontro com os resultados Brazelton (1988), o homem tem que exercitar a sua imaginação para se preparar para o novo papel que deve realizar como pai. A ambiguidade dos sentimentos do homem ainda é dificultada devido ao não contacto com o bebê, sendo este intermediado pelo corpo da mulher, a

qual pode sentir os movimentos e interpretá-los mais facilmente (Colman & Colman, 1994; Figueiredo, 2000). Segundo Almqvist, Flykt, Lindblom, Poikkeus, Punamaki, Repokari, Sinkkonen, Tiitinem, Tulppala, Unkila-Kallio e Vilska, (2005), para os casais inférteis, tornar-se “pai” está entre as principais mudanças interpessoais durante a vida adulta, o que exige a aprendizagem de novas aptidões e de novas responsabilidades e com este grupo tal poderá corresponder a um desafio extra. Preparar-se para a parentalidade é, portanto, muitas vezes, um período de trabalho árduo com sentimentos intensamente ambivalentes inerentes a todo o processo. Os resultados desta subescala poderão ser lidos em paralelo com os resultados da subescala “Apoio do Marido/ Companheiro” da EAGM.

Na subescala “Alterações na Estrutura Individual, Conjugal e Familiar”, verificaram-se valores superiores comparados aos homens da população em geral, revelando diferenças significativas entre os grupos. Esta subescala diz respeito às mudanças que ocorrem com a chegada de um filho tanto a nível individual no homem e na mulher, como na vida conjugal e familiar, na gravidez e no período pós-natal (Caeiro & Xavier, 2010). Figueiredo (2007) refere que na gravidez se geram novos papéis, dos quais vai implicar uma reestruturação na rede de relações conjugais, familiares e sociais. Durante a gestação Cafruni, Hernandez, Körbes, Magagnin, Rodrigues e Zarpelon (2003) revelam que as mudanças tomam rumos diferentes no homem e na mulher, o que era antes um investimento de um para o outro, agora o casal passa a investir no bebé, portanto, a configuração do relacionamento conjugal passa a assumir um novo enfoque dentro desta nova realidade. Os resultados obtidos não são corroborados com a literatura anterior descrita, evidenciando que os futuros pais (após realização de TRMA) não têm tão presentes essas mudanças associadas à chegada de um filho, provavelmente porque já vivenciam grandes mudanças desde o diagnóstico da infertilidade e com os tratamentos realizados.

As mesmas razões poderão ter a ver com os resultados da subescala “Antecipação de Dificuldades no Período Pós-natal”. Esta procura entender as preocupações e obstáculos que o homem antecipa no período pós-natal, deixando de ter tempo para si e tempo investido para o casal, dificuldades a nível financeiro e insegurança e nervosismo enquanto pai. Nesta subescala registaram-se valores superiores, significativamente diferentes em comparação com a população em geral, que nesta escala, corresponde a menor preocupação com este futuro. A antecipação das dificuldades no período pós-natal contribuem para um aumento significativo da ansiedade dos pais como resultado das expectativas relativamente ao parto e a todos os acontecimentos que o envolvem (Colman, & Colman, 1994). Os futuros pais que passaram anteriormente por TRMA, podem encarar a parentalidade como alguma

incerteza e insegurança, principalmente na qualidade de relação futura pai-filho, colocando em causa a sua capacidade parental (Baetens, 2002). A questão financeira é outra causa de preocupação para o homem. Desde há muito tempo que o homem é a figura representativa de responsabilidade económica familiar (Leal, 2005). Os tratamentos de medicina de reprodução são tratamentos que a nível financeiro já preocupam os casais anteriormente por serem bastante dispendiosos, tal como a prestação de cuidados ao futuro bebé (Bornholdt, Staudt & Wagner, 2007; Bruist, Morse & Durkin, 2002), podendo estes fatores terem contribuído para os valores elevados nas subescalas comparativamente a população em geral.

Na subescala “Ciúmes do Bebê e/ ou da Mulher”, registaram-se diferenças significativas, sendo que os participantes apresentam valores inferiores em comparação com a população em geral. Nesta subescala verifica-se a existência de ciúmes do pai tanto em relação ao bebé como em relação à mulher (Caeiro & Xavier, 2010). Os resultados obtidos são corroborados com a literatura. Maldonado (1997) refere o fato do pai não sentir mudanças corporais e todo o desenvolvimento no próprio corpo, pode provocar sentimentos de ciúme e inveja em relação à grávida. Ao encontro com o estudo anterior mencionado, Brazelton (1988) refere que a competição e a exclusão da atenção são sentimentos esperados pelos futuros pais, devido à atenção da mãe aos sentimentos do futuro bebé sendo que são poucas as atenções pelos sentimentos do futuro pai durante a gestação. Estes pais, que passaram por tanto anteriormente, poderão apresentar estes sentimentos de modo mais notório.

No que concerne às correlações de *Spearman* os resultados parecem indicar uma ligação entre as duas escalas. A subescala “Filho Imaginado” é uma das subescalas que se correlaciona, de forma positiva, com a subescala “Mudanças positivas associadas à Gravidez e a Paternidade”, indicando que quanto maior as expectativas da mãe em relação ao bebé da mãe maiores serão as mudanças quanto às mudanças relativas à gravidez no homem. Relativamente à subescala “Boa mãe” evidenciou-se uma correlação positiva com a subescala “Antecipação das dificuldades no período pós-natal” indicando que quanto maior for a frequência das situações em que a mãe imagina a prestação de cuidados, bem como as manifestações de afeto ao bebé maior será a insegurança e antecipação das dificuldades, por parte do pai, do período pós-natal, como por exemplo, quanto às alterações na vida do casal.

Figueiredo (2007) refere que na gravidez se geram novos papéis, dos quais vai implicar uma reestruturação na rede de relações conjugais, familiares e sociais. Durante a gestação, Cafruni, Hernandez, Körbes, Magagnin, Rodrigues e Zarpelon (2003) revelam que as mudanças tomam rumos diferentes no homem e na mulher, o

que era antes um investimento de um para o outro, agora o casal passa a investir no bebê, portanto, a configuração do relacionamento conjugal passa a assumir um novo enfoque dentro desta nova realidade. Os resultados obtidos não são corroborados com a literatura anterior descrita, evidenciando que os futuros pais (após realização de TRMA) não têm tão presentes essas mudanças associadas à chegada de um filho, provavelmente porque já vivenciam grandes mudanças desde o diagnóstico da infertilidade e com os tratamentos realizados.

Verificou-se uma correlação positiva na subescala “Relação com a própria mãe” e as subescalas “Presença envolvimento e Suporte da Gravidez, a grávida e o bebê” e a “Antecipação de dificuldades no período pós-natal”. E uma correlação negativa entre “Relação com a própria mãe” com a “Antecipação de Satisfação e Gratificação”, “Antecipação de Dificuldades no Período Pós-natal” e “Ciúme do bebê”, querendo assim dizer que estas subescalas variam em sentido oposto, ou seja, quanto maior a relação com a própria mãe da mulher, menor será a as preocupações e dificuldades que o homem antecipa acontecerem depois de o bebê nascer e conseqüentemente menor os ciúmes do pai tanto em relação ao bebê como em relação à mulher/ companheira. Na subescala do “Apoio ao companheiro” verificou-se uma correlação positiva na subescala “Presença envolvimento e suporte da gravidez a grávida e o bebê” e “Antecipação de satisfação e gratificação”. Verificou-se uma correlação negativa entre “Apoio ao companheiro” e a “Sintomatologia física e/ ou psicológica associada à Gravidez”, podendo indicar que quanto maior a forma como a mulher vive os sentimentos de dependência e abandono, menores a sintomatologia física e/ou psicológica associada à gravidez.

Para responder ao objetivo de verificar as diferenças nos resultados quanto a depressão e ansiedade, no homem e na mulher após tratamento de medicina da reprodução utilizou-se a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (Snaith & Zigmond, 1994, versão portuguesa de Ribeiro, 2007). Analisando os valores médios obtidos verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os homens e as mulheres, tendo em conta o ponto de corte ≥ 9 , verificou-se que mais as mulheres manifestam sintomatologia ansiosa ($n=13$; 92.85%), sendo que os homens ($n=1$; 7.14%). Não se verificou sintomatologia depressiva em nenhum dos géneros. Os resultados obtidos já eram esperados conforme a revisão bibliográfica (e.g. Allen, Gibson, McMahon & Saunders, 2007; Hammarberg, Fisher & Wynter, 2008) que assume que a ansiedade é a sintomatologia mais prevalente em mulheres grávidas após TRMA. Com tal fato, aceita-se H3 (há diferenças significativas quanto a depressão no homem e na mulher, após sucesso de TRMA). Os resultados obtidos

foram corroborados pela literatura. Segundo Matthey (2000) e Ascencio, Contogeorgos, Deeds, Diego, Hernandez-Reif, Field e Figueiredo (2006) geralmente as mulheres apresentam maiores valores de depressão (12-20%) do que os homens (4-6%) na gravidez. Leathers e Kelley (2000) verificaram também por sua vez que 7.3% dos homens manifestavam sintomas depressivos sendo a percentagem de 30.6% nas mulheres.

Para além dos estudos realizados em torno da gravidez, evidenciou-se a existência de sintomatologia depressiva e ansiosa comprometedora que engloba todas as vivências desde o seu diagnóstico de infertilidade até a concretização de uma gravidez através de tratamentos de Medicina de Reprodução (e.g. Boivin, 2003; Chen & Col, 2004; Eugester & Vingerhoets 1999; Cousineau & Domar, 2007). Esta vivência anterior à gravidez pode determinar assim uma maior incidência para desenvolver perturbações ansiosas e depressivas durante a gravidez. Estas questões assumiram-se como linhas orientadoras para se seguir com a análise da existência de sintomas de ansiosos ou depressivos durante a gravidez após sucesso (gravidez) de um acompanhamento de Medicina da Reprodução.

No nosso estudo quanto a H4 (há diferenças significativas nos resultados das subescalas quanto a ansiedade, no homem e na mulher, após o sucesso do tratamento da medicina da reprodução) conclui-se que aceita-se esta hipótese. Os resultados obtidos nas subescalas são corroborados com a literatura referente à gravidez e a sintomatologia ansiosa. Allen e colaboradores (2007) quando utilizaram medidas para avaliar a ansiedade na gravidez, verificaram que as mulheres grávidas com historial de infertilidade reportam maior ansiedade em comparação com grávidas sem história de infertilidade. Por sua vez, Van Balen, Naaktgeboren e Trimbos-Kemper (2001), verificaram que as mulheres que conseguiram uma gravidez após TRMA recordam a gravidez como significativamente “mais stressante” do que as mulheres que engravidaram de forma espontânea. Em encontro deste último estudo, Hammarberg, Fisher e Wynter (2008) concluíram não haver diferença nos níveis de ansiedade generalizada avaliada entre as grávidas que conceberam depois de uma TRMA e as grávidas da população geral.

A ansiedade paterna, segundo Figueiredo (2000) tem sido relacionada com o Síndrome de Couvade, como já referido no capítulo 2. Ahmed, Ayes, Brennan, Marshall-Lucette (2007), afirmam que os níveis de ansiedade paternos durante a gravidez aumentam dependendo de vários fatores, como por exemplo passar de uma relação a dois (conjugal) para uma relação a três. Conlon e Trethowan (1965) afirmam que os homens incorporam maiores níveis de ansiedade durante este período de

gravidez. Cohen, McMahon, Tennant, Saunders e Leslie (2000) por sua vez relataram maior ansiedade nos homens das grávidas que conceberam uma gravidez espontaneamente, durante o período que antepôs-se ao nascimento do seu filho.

Quanto a correlação entre as subescalas de ansiedade e depressão, do homem e da mulher, verificou-se apenas a existência de uma correlação positiva entre os resultados da ansiedade da mulher e os resultados da depressão do homem. Sabe-se pela literatura que, as mulheres apresentam-se mais ansiosas do que os homens, sendo maior a ansiedade quando vivenciaram a problemática de infertilidade e o acompanhamento das TRMA (Beaurepaire, Jones, Saunders, Tennant & Thiering, 1994). Apesar de estas técnicas serem, muitas vezes, a única forma destes casais alcançarem a parentalidade, estas implicam um desgaste físico significativo, especialmente para as mulheres (Eugster & Vingerhoets, 1999; Wischmen, 2005, Covington & Burns 2006). Boivin (2003) refere que quanto maior a ansiedade durante a gravidez menor seria a sintomatologia depressiva. Os dados apontam que o homem apresenta uma forma diferente de lidar com os desafios da situação.

Quanto à H5 (Existe correlação positiva entre os resultados das subescalas de ansiedade e depressão da mulher e os resultados das subescalas sobre a vivência psicológica da gravidez na mulher após TRMA). Verifica-se uma correlação positiva entre a ansiedade materna e a subescala de “Relação com a própria mãe” (valor mais alto na subescala) verificando que quanto pior for a avaliação da relação com a própria mãe, maior será a tendência para o aumento de resultados da ansiedade. Os resultados quanto à depressão materna e esta subescala têm o mesmo sentido (existe uma correlação positiva) entre a depressão e a subescala “relação com a própria mãe”. Os resultados apontam para quanto maior for as expectativas da mãe, maior será a ansiedade materna, a ansiedade paterna e maior será a depressão paterna. Verificando-se também que quando a depressão paterna aumenta os resultados da subescala “relação com a própria mãe” diminuem.

Referente à H6 (existe correlação entre os resultados das subescalas de depressão e ansiedade no homem comparativamente as subescalas sobre a vivência psicológica do homem após TRMA). Na vivência psicológica da paternidade, verifica-se uma correlação negativa com a subescala “antecipação de satisfação e gratificação” e “Antecipação e dificuldades no período pós-parto” e “ciúmes do bebé e/ou da mulher” e a ansiedade. Verificando-se que quanto maior for a ansiedade paterna piores serão as preocupações e dificuldades que o homem tem, maiores os sentimentos e

pensamentos positivos que o homem antevê antes de ser pai e maiores os sentimentos de ciúme ou inveja.

Além disso, relativamente a depressão paterna, verificou-se uma correlação negativa com as subescalas “Preocupação e necessidade de apoio”, “Antecipação das dificuldades no período pós-natal”, “Sintomatologia física e/ou psicológica associada à gravidez” e “Ciúme do bebé e/ou da mulher”, afirmando que estes valores variam em sentidos oposto, ou seja, quanto maior for a depressão paterna, piores serão os valores de preocupação e necessidade de apoio, antecipação das dificuldades no período pós-natal, sintomatologia física e/ou psicológica associada à gravidez e ciúme do bebé e/ou da mulher.

Conclusões

Com este trabalho procurou-se conhecer as vivências psicológicas da gravidez face ao sucesso de TRMA. Alguns estudos comprovam que a experiência da gravidez depois de se ultrapassar a infertilidade através de uma TRMA, será gratificante e não problemática (Hammarberg, Fisher & Wynter, 2008). Davidson, Hockley e Redshaw (2007), referem que o que pode ser preocupante é, mesmo depois de uma gravidez bem-sucedida (tendo esta sido alvo de tentativas e fracassos) algumas mulheres que receberam tratamento para a infertilidade mantêm sentimentos de insegurança e medo face à futura maternidade. A antecipação das dificuldades no período pós-natal contribuem para um aumento significativo da ansiedade dos pais como resultado das expectativas relativamente ao parto e a todos os acontecimentos que o envolvem (Colman, & Colman, 1994). Depois de uma recolha de dados e sua análise, todos os objetivos foram alcançados e confirmam-se as hipóteses formuladas previamente, na medida em que existem diferenças significativas entre subescalas da EAGM e da EAGP comparativamente a população em geral, e a existência de correlações entre as subescalas da HADS quanto ao género e as vivências psicológicas da gravidez no homem e na mulher.

Algumas limitações foram encontradas no presente estudo, uma delas prende-se com o número reduzido de participantes. Tal deve-se à dificuldade de ter acesso aos casais que engravidaram após TRMA, pelo fato de muitos casais preferirem ser acompanhados em consultas privadas, fora do Hospital e por vários casais não aceitarem participar (por limitações de tempo). Tais dificuldades alertaram para a necessidade de procurar novas estratégias de contacto com estes casais, na continuação deste estudo. A limitação do número de participantes não permite a realização de outro tipo de análises estatísticas, não nos possibilitando estabelecer uma relação de causalidade entre as variáveis de estudadas. Vários estudos

abordaram a vivência psicológica da infertilidade (e.g. Eugster & Vingerhoets, 1999; Davidson, Hockley & Redsaw, 2007; Doherty, HepWorth & McDaniel, 1994) e os tratamentos de medicina da reprodução (e.g. Boivin & Takfman, 1995; Daniluk, 2001; Davidson, Hockley & Redshaw, 2007), como sendo vivenciados de forma stressante, a ansiosa do qual poderá desencadear efeitos na vivencia psicológica da gravidez como nas repercussões na saúde mental do homem e na mulher. Os resultados evidenciados no presente estudo podem referir alguma preocupação quanto à sintomatologia ansiosa sendo esta mais manifestada no género feminino. Tal pode estar associada ao fato das grávidas reportaram sentimentos de culpa e vergonha relativos a sua história anterior de infertilidade, pois estas mulheres continuavam a conservar sentimentos de fracasso e malformação acerca da sua capacidade de reprodução (Olshansky, 1987, cit in Covington & Burns, 2006). No nosso estudo de caso múltiplo, de uma população específica os nossos dados podem ser suportados com a revisão da literatura realizada. Posto isto, os nossos resultados apontam também para a importância/necessidade de um acompanhamento destes sujeitos (homens e mulheres após realização de TRMA) neste período gestacional. A gravidez, apesar de fisiológica, depende também do contexto de vida destas mulheres e das situações de risco associadas, podendo causar intenso sofrimento psíquico com graves consequências tanto maternas como fetais (Figueiredo, 1997). Preocupações semelhantes acontecem relativamente aos homens. Assim, a gravidez pode induzir ao surgimento de perturbações psicopatológicas suscetíveis de se manterem por longos anos, caso não sejam devidamente tratados (Hammarberg, Fisher, & Wynter, 2008). Por isso, e dados os resultados do presente estudo existe uma necessidade da inserção da psicologia na área de saúde, em hospitais e em clínicas em que se acompanham estes casais. Estes profissionais de saúde podem intervir na facilitação e suporte da adaptação da gravidez após realização de TRMA e na preparação para a futura parentalidade (Covington & Burns, 2006).

Referências bibliográficas:

- Abbey, A., Andrews, F. M., & Halman, L. J. (1991). Gender's role in responses to infertility. *Psychology of Women Quarterly*, 15, 295 – 316;
- Ahmed, H., Ayers, S., Brennan, A., & Marshall-Lucette, S. (2007). A critical review of the Couvade syndrome: the pregnant male. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25(3), 173–189;
- Allen, J., Gibson, F., McMahon, C., & Saunders, D. (2007). Psychosocial adjustment during pregnancy for older couples conceiving through assisted reproductive technology. *Human Reproduction*, 22(4), 1168–1174;
- Almqvist, F., Flykt, M., Lindblom, J., Poikkeus, P., Punamaki, R., Repokari, L., Sinkkonen, J., Tiitinem, A., Tulppala, M., Unkila-Kallio, L. & Vilksa, S. (2009). Prenatal Expectations in Transition to Parenthood: Former Infertility and Family Dynamic Considerations. *Journal of Family Psychology*, 23(6), 779-789;
- Andersen, A. N., Blaabjerg, J., Boivin, J., Hald, F., Holstein, B. E., Rasmussen, P. E., Schmidt, L. & Tjornhoj-Thomsen, T. (2003). High ratings of satisfaction with fertility treatment are common: Findings from the copenhagen multi-centre psychosocial infertility research programme. *Human Reproduction*, 18, 2638-2646;
- Anderson, K. M., Sharpe, M., Rattray A., & Irvine, D.S. (2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of Psychosomatic research*, 54,353-35;
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Aström, M., & Bixo, M. (2006). Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a followup study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 85(8), 937-944;
- Areias, M., E., G., Barros, H., Figueiredo, E. & Kumar, R. (1996). Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry*, 169,36-41;
- Ascencio, A., Contogeorgos, J., Deeds, O., Diego, M., Field, T., Figueiredo, B. & Hernandez-Reif, M. (2006). Prenatal paternal depression. *Infant Behaviour & Development*, 29, 579-583.
- Astor, J. & Pawson, M. (1985). The value of psychometric testing in investigation of infertility. *in Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 5,107-111;
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J., M., Matos, E. & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: Comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 26(1), 135- 41;

- Ayers, S., Ahmed, H., Brennan, A. & Marshall-Lucette, S. (2007). A critical review of the couvade syndrome: The pregnant male. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 3, 173-189;
- Ballinger, C. B. (1987). Emotional disturbance during pregnancy and following delivery. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 629-634;
- Beaurepaire, J., Jones, M., Saunders, D, Tennant, C. & Thiering, P. (1994). Psychological adjustment to infertility and its treatment: male and female responses at different stages of IVF/ET treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 229-240;
- Belsky, J., Rovine, M., & Fish, M. (1989). The developing family system. In M.Ganner, & E. Thelen (Eds.), *Systems and development*. Minnesota Symposium on Child Psychology (vol. 22, pp. 119-166). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates;.
- Beatens, P. (2002). Pregnancy after Infertility Treatment. In J. Boivin & H. Kertenich, (Eds.). *Guidelines for Counselling in Infertility*. (Section 4). ESHRE Monographs: Oxford University Press;
- Benoit, J., Bissonnette, F., Duchesne, C., Girard, Y., Sabourin, S. & Wright, J. (1991). Psychosocial distress and infertility: Men and women respond differently. *Fertility and Sterility*, 55(1), 100-108;
- Bibring, G., Dwyer, T.F., Huntington, D.S., & Valenstein, A.F. (1961). A study of psychological process in pregnancy and of the earliest month mother-child relationship. In R. Eissler, A. Freud, H. Hartmann, & M. Kris (Eds.), *The 15 Psychoanalytic study of child* (vol. XVI). N.Y.: International Universities Press;
- Bitzer, J. (2002). Counselling in infertility treatment. In J. Boivin & H. Kertenich, (Eds.). *Guidelines for Counselling in Infertility*. (Section 3). ESHRE Monographs: Oxford University Press;
- Blechman, & K. D. Brownell (Eds.), *Behavioral medicine and women: A comprehensive handbook* (pp. 475–482). New York: Guilford Press;
- Blyth, E. (2012). Guidelines for infertility counseling in different countries: Is there an emerging trend. *Human Reproduction*, pp. 1–1
- Brazelton, T. B. (1992). *Tornar-se Família*, Lisboa: Terramar;
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1993). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar;
- Breitkopf, C. R., Primeau, L. A., Levine, R. E., Olson, G. L., Wu, Z. H., & Berenson, A. B. (2006). Anxiety symptoms during pregnancy and postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 27(3), 157-162

- Bromet, E. J., & Cornely, P. J. (1984). Correlates of depression in mothers of young children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23(3), 335-342.
- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. & Nygren, K. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22(6), 1506–1512;
- Boivin, J., Canavarro, M., Gameiro, S., Moura-Ramos, M., & Soares, I. (2010). Social Nesting: Changes in Social Network and Support across the Transition to Parenthood in Couples tha Conceived Spontaneously or Through Assisted Reproductive Technologies. *Journal of Family Psychology* 24(2), 175-187;
- Borlot, A.M.M. & Trindade, Z.A. (2004). As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 63-70;
- Bornholdt, E. A., Staudt, A. C. P. A. & Wagner A. (2007). Vivência da gravidez do primeiro filho à luz da perspectiva paterna. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, 19, (1), p. 75-92, Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 5 abr. 2012.
- Boxer, A., S., Collins, A., Freeman, E., W. & Tureck, R. (1992). Perceptions of infertility and treatment stress in females as compared with males entering in vitro fertilization treatment: *Fertility and Sterility*, 57, 350-35;
- Boyce, P., Condon, J., Barton, J., & Corkindale, C. (2007). First-time fathers' study: psychological distress in expectant fathers during pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 718-725;
- Brown, M. A. (1986). Social support, stress, and health: a comparison of expectant mothers and fathers. *Nursing Research*, 35(2), 72-7;
- Buitelaar, J. K., Huizink, A. C., Mulder, E. J., de Medina, P. G., & Visser, G. H. (2003). Prenatal stress and cognitive development and temperament in infants *Neurobiology of Aging*, 24(suppl. 1), S53-S60.
- Buist, A., Morse, C. A., & Durkin, S. (2003). Men's adjustment to fatherhood: implications for obstetric health care. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing*, 32(2), 172-180;
- Burgin, D., Perren, S., Simoni, H., von Wyl, A., & von Klitzing, K. (2005). Depressive symptoms and psychosocial stress across the transition to parenthood: Associations with parental psychopathology and child difficulty. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 26(3), 173-183;

- Burns, L. & Covington, S. (2006). Pregnancy after Infertility. In S. Covington & L. Burns (Eds.), *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians*. Cambridge University Press. pp. 440-458;
- 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.
- Canavarro, M., Gameiro, S., & Silva, S. (2008). A Experiencia Masculina de Infertilidade e de Reprodução Medicamente Assistida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (2), 253-270;
- Carvalho, J. & Santos, A. (2009). Estudo AFRODITE. Caracterização da Infertilidade em Portugal [Em linha]. Disponível em:<http://static.publico.clix.pt/docs/sociedade/AfroditeInfertilidade.pdf>. [Consultado em 01/06/2012]
- Cafruni, S., Hernandez, J. A. E., Körbes, J. M., Magagnin, C., Rodrigues, M. T. & Zarpelon, M. (2003). Da conjugabilidade a parentalidade: gravidez, ajustamento e satisfação conjugal. *Aletheia*, 17/18, 41-52.
- Chao, S. C Lee, T. Y. & Sun, G. H. (2001) The effect of an infertility diagnosis on treatment-related stresses. *Archives of Andrology*, 46(1), 67-71. (SCI Journal);
- Chiu, H.W., Chong, C.S.Y., Lam, S.K, Lee, A.M., & Fong, D.Y.T. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet. Gynecol*, 110, 1102–1112;
- Chu, E., Klonoff-Cohen, H., Natarajan, L., & Sieber, W. (2001). A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. *Fertility and Sterility*, 76, (4), 675- 687;
- Cohen, J., Leslie, G., McMahon, C., Saunders, D. & Tennant, C.(2000). Psychosocial Outcomes for Fathers after IVF Conception: A Controlled Prospective Investigation from Pregnancy to Four Months Postpartum. *Reproductive Technologies*, 10(3), 126-130;
- Correia, M. J. (2000). No Mar das Emoções: Ser Mãe Adolescente. In *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 27/28, pp. 13-16.
- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez - A experiência Psicológica* (Ed. Original, 1991). Lisboa: Edições Colibri.
- Cordeiro, J. D. (2005), "Psicologia e Psicodinâmica da Gravidez", in Cordeiro, J. D. (ed.), *Manual de Psiquiatria Clínica*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Conde, A. A. F. P. (2008). Vinculação e psicopatologia, em mães e pais, na gravidez e transição para a parentalidade: Impacto no desenvolvimento fetal e

neonatal. Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica. Instituto de educação e psicologia - Universidade do Minho, Minho

- Conde, A. & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na gravidez: fatores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Revista de Psiquiatria Clínica* 2003; 24(3): 197-209.
- Coimbra de matos, A. (2001) A Depressão: episódios de um percurso em busca do seu sentido. Lisboa: CLIMEPSI Editores, 2001,540;
- Cousieau, T.M. & Domar, A.D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best practice & Research clinical obstetrics and gynaecology*,21, 293-308
- Collins, A., Hjelmstedt, A., & Widstrom, A. (2006). Psychological Correlates of Prenatal Attachment in Women Who Conceived After In Vitro Fertilization and Women Who Conceived Naturally. *Birth*, 33(4), 303-310;
- Collins, A., Hjelmstedt, A., Matthiesen, A., Widstrom, A. & Wramsby, H. (2003). Personality factors and emotional responses to pregnancy among IVF couples in early pregnancy: a comparative study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 83(1), 152-161;
- Conlon, M.F. & Trethowan, W. H. (1965). The Couvade syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 111, 57-66;
- Correia, L. L., & Linhares, M. B. M. (2007). Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*,15(4), 677-683;
- Cox, S., Glazebrook, C., Sheard, C., Ndukwe, G. & Oates, M. (2006). Materna self-esteem after successful treatment for infertility. *Fertility and Sterility*, 8(1), 84-89;
- Clark-Carter, D. (1997). *Doing Quantitative Psychological Research: From Design to Report*. East Sussex: Psychology Press;
- Daniluk, J. C. (2001). If we had it to do over again...: Couples' reflections on their experiences of infertility treatment. *The Family Journal*, 9(2), 122-133;
- Darling-Fisher, C. S., & Tiedje, L. B. (1990). The impact of maternal employment characteristics on fathers' participation in child care. *Family Relations*, 39, 20–26;
- Davidson, L., Hockley, C. & Redshaw, M. (2007). A qualitative study of the experience of treatment for infertility among women who successfully became pregnant. *Human Reproduction*, 22, 295–304;
- Direção-Geral da Saúde, Programa Nacional de Saúde Reprodutiva [Em linha]. Disponível em: www.saudereprodutiva.dgs.pt. [Consultado em 17/03/2012];

- Draper, J. (2002) 'It's the first scientific evidence': men's experience of pregnancy confirmation. *Issues and Innovations in Nursing Practice*, 39(6), 563-570;
- Doherty, W. J., HepWorth, J., & McDaniel, S. H. (1994). *Terapia familiar médica: um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas;
- Dunkel-Schetter, C., & Lobel, M. (1998). Pregnancy and childbirth. In E. A.
- Faria, C. (2001). Aspectos Psicológicos da Infertilidade. In M. Canavarro (Eds.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.189-209). Coimbra: Quarteto Editora;
- Figueiredo, E., Castro, M.S., Costa, M. E., Leite, P., Mansilha, M.A., Mendonça, Morais, M.R. & Pedroso, M. (1982). Processo gravítico e ansiedade. *Primeiros dados*. *O médico*, 1592 (3), 35-40;
- Figueiredo, B. (1997). *Depressão pós-parto, interação mãe-bebé e desenvolvimento infantil*. Dissertação de doutoramento em Psicologia Clínica apresentada à Universidade do Minho
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas da maternidade. In C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 161-188). Coimbra: Quarteto: Editora;
- Figueiredo, B. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento da maternidade. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias* (in) *Adaptativas ao longo da Vida* (pp. 347- 380). Coimbra: Quarteto Editora;
- Fonteles, C. (2009). *Família e ciência: Implicações da Reprodução Medicamente Assistidanas novas Configurações Familiares*. Dissertação de Mestrado em Psicologia não publicada, Universidade de Fortaleza – UNIFOR;
- Fleming, A. S., Flett, G. L., Ruble, D. N., & van Wagner, V. (1990). Postpartum adjustment in first-time mothers: changes in mood and mood content during the early postpartum months. *Developmental Psychology*, 26(1), 137-143
- Freitas, W., Coelho, E. & Silva, A. (2007). Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de género. *Caderno Saúde Pública*, 23(1), 137-145;
- Edwards, B., Dekker, G., Galletly, C. & Semmler-Booth, T. (2008). Antenatal psychosocial risk factors and depression among women living in socioeconomically disadvantaged suburbs in Adelaide, South Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 45-50;
- Elliott, A., Brough, D. I., Rugg, A. J., & Watson, J. P. (1983). Mood changes during pregnancy and after the birth of a child. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 295-308;

- Eugster, A. & Vingerhoets, A.J.J.M. (1999). Psychological aspects of in vitro: a review. *Social Science & Medicine*, 575-589;
- Evans, J., Heron, J., O'Connor, T. G., Golding, J., Glover, V., & the ALSPAC Study Team (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80,65-73;
- Gaasbeek, I., Leerentveld, B., (1993). *Weer niet in Verwachting: Als Je met Verminderde Vruchtbaarheid te Maken Krijgt*. Intro, Nijkerk;
- Garcia-Velasco, J.A. (2012). *Cuadernos de medicina reproductiva. Psicología y reproduction assistida*. Volume 18 (1);
- Gage, J. D., & Kirk, R. (2002). First-time fathers: Perceptions of preparadness for fatherhood. *Canadian Journal or Nursing Research*, 34(4), 15-24;
- Gavazzi, S. M., Meth, R. L. & Sabatelli, R. M. (1988). Factors mediating the adjustment to involuntary childlessness. *Family Relations*, 37(3), 338-343.
- Golombok, S. (1992). Psychological functioning in infertility patients. *Human Reproduction* 7, 208-212, UK;
- Gonçalves, T., Lopes, R., Piccinini, C., Silva, M., & Tudge, J. (2004). O Envolvimento Paterno durante a Gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 303-314;
- Gonçalves, J. (2005). Avaliação do casal infértil. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21(1), 493-503;
- Gill, R. & Throsby, K. (2004). It's different for men: masculinity and IVF. *Men and Masculinities*, 6, 330-338;
- Greenfield, D.A & Leiblum, S.R (1997) The course of infertility: immediate and long-term reactions. In Leiblum, S. (ed.), *Infertility: Psychological Issues and Counseling Strategies*. John Wiley & Sons, New York, pp. 83–102 ;
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science and Medicine*, 45, 1679-1704;
- Greil, A., Leitko, T., & Porter, K. (1988). Infertility: his and hers. *Gender and Society*, 2, 172-199;
- Greil, A., McQuillan, J. & Slauson-Blevins, K. (2009). The experience of infertility: a review of ecent literature. *Sociology of Health & Illness*, 32(1), 140-162;
- Haibeirg, U. & Kahn, L.S. (2007). Atypical depression, somatic depression and anxious depression in women: Are they gender- preferred phenotypes? *Journal of Affective Disorders*, 102 (1-3), 245- 58;

- Hammarberg, K., Fisher, J. & Rowe, H. (2008). Womens`s experiences of childbirth and postnatal healthcare after assisted conception. *Human Reproduction*, 1-7
- Hardy, E., & Makuch, M. Y. (2002). Gender, Infertility and ART. In E. Vayena, P. J. Rowe & P. D. Griffin (Eds.), *Current practices and controversies in Assisted Reproduction* (pp. 272-280). Geneva: World Health Organization
- Isenberg, D. Y & Wasser, S. K. (1986). Reproductive failure among women: Pathology or adaptation? *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 5, 153 – 175.
- Jacob, L. S. (2001). Stress e ansiedade em casais submetidos à reprodução assistida. Tese de doutorado não-publicada, Universidade de São Paulo.
- Jinadu, M. K., & Daramola, S. M. (1990). Emotional changes in pregnancy and early puerperium among the Yoruba women in Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry*, 36(2), 93-98;
- Jordan, C. & Reveson, T., A. (1999). Gender Differences in Coping with Infertility: A Meta-Analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 22;
- Kendell, R. E., Wainwright, S., Hailey, A., & Shannon, B. (1976). The influence of childbirth on psychiatric morbidity. *Psychological Medicine*, 6, 297-302;
- Kendell, R. E. (1978). Childbirth as an aetiological agent. In M. Sandler (Ed.), *Mental illness in pregnancy and the puerperium* (pp. 69-79). Oxford: Oxford University Press;
- Klaus, M. & Kennell, J. (1976). *Maternal-infant bonding*. Saint Louis: The C. V. Mosby Company;
- Kumar, R., & Robson, K. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144, 35-47;
- Leal, I. (1990), "Nota de Abertura de Psicologia da Gravidez e da Maternidade", in *Análise Psicológica*, 4 (VIII), pp. 365-366;
- Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade. Fim de século-edições*. Sociedade unipessoal, LDA. Lisboa;
- Leathers, S. J., & Kelley, M. A. (2000). Unintended pregnancy and depressive symptoms among first-time mothers and fathers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(4), 523-531;
- Levin, S. & Seible M.M. (1987). A new era of technologies the emotional stages of IVF, *J. in vitro fert. Embryo Transf.*, 4, 135-140;
- Lis, A., & Zennaro, A. (1997). A semistructured Interview with parents-to-be used during pregnancy: Preliminary data. *Infant Mental Health Journal*, 18(3),

- 306-323. Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (1998). Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Silabo.
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54;
 - Machado, H., Remoaldo, P., Reis, I., Pereira, I. & Xavier, M. (2005). A infertilidade no concelho de Guimarães- contributos par ao bem-estar familiar. Universidade do Minho;
 - Maldonado, M. T. P. (1985), *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*, Petrópolis: Vozes Editora;
 - Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J., & Waters, B. (2001). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 60(2), 75-85.
 - May, K. A., & Perrin, S. P. (1985). Prelude: Pregnancy and birth. In S. M. H.Hansen, & F. W. Bozett (Eds.), *Dimensions of fatherhood* (pp. 64-91). Beverly Hills, CA: Sage;
 - Mendes, I. M. D. (1999). *Ligação materno-fetal: Contributo para o estudo de alguns factores associados ao seu desenvolvimento*. Dissertação de mestrado em Saúde Pública apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra;
 - Mendes, I. M. (2002), *Ligação Materno-Fetal. Contributo para o Estudo de Factores Associados ao seu Desenvolvimento*, Coimbra: Quarteto Editora.
 - Morse, C.A. & Dennerstein, L. (1985), "Infertile couples entering an In Vitro Fertilization Programme: a preliminary survey" in *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 4, 207-219;
 - Moura-Ramos, M., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2007). *Psicopatologia e Reactividade Emocional em famílias que recorrem a Técnicas de Reprodução Medicamente Assistida no momento do início do tratamento*, XI Congresso Internacional de Educação Familiar. Coimbra;
 - Naaktgeboren, N., Trimbos-Kemper, T. & van Balen, F. (2001). In-vitro fertilization: the experience of treatment, pregnancy and delivery. *Human Reproduction*, 11(1), 95-98;
 - Paffenberger, R. S. (1982). Epidemiological aspects of mental illness associated with childbearing. In I. Brockington, & R. Kumar (Eds.), *Motherhood and mental illness* (pp. 21-36). London: Academic Press, Inc;
 - Parseval, G. D. (1986). *A parte do pai*. Porto Alegre: L&MP;
 - Paul, M.C., Sousa, L., & Xavier, M.R. (2001). *Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade* (cedido pelos autores). Universidade do Porto.

- Paúl, M.C & Xavier, M.R. (1996). Construção e validação de uma escala de atitudes sobre a gravidez e a maternidade. L.S. Almeida, S. Araújo, C. Machado & M.R. Simões (Eds.), Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, vol. IV. Braga: APPORT, Associação dos Psicólogos Portugueses
- Perris, C. (1994). Linking the experience of dysfunctional parenting rearing with manifest psychopathology: a theoretical framework. In C. Perris, W.A. Arrindell & M. Eisemann (Eds.), Parenting and psychopathology (pp. 3-32). Chichester: Wiley;
- Perren, S., von Wyl, A., Bürgin, D., Simoni, H., & von Klitzing, K. (2005). Depressive symptoms and psychosocial stress across the transition to parenthood: Associations with parental psychopathology and child difficulty. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(3), 173-183;
- Piccinini, C., Gomes, A., Nardi, T. & Lopes, R. (2008). Gestação e a Constituição da Maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 63-72;
- Pinelli, J. (2000). Effects of family coping and resources on family adjustment and parental stress in the acute phase of the NICU experience. *Neonatal Network:NN*, 19(6), 27-37;
- Pugh, T. F., Jerath, B. K., Schmidt, W. M., & Reed, R. B. (1963). Rates of mental disease related to childbearing. *New England Journal of Medicine*, 268, 1224-1228;
- Quinton, R. L., Storey, A. E., Walsh, C. J., & Wynne-Edwards, K. E. (2000). Hormonal correlates of paternal responsiveness in new and expectant fathers. *Evolution and Human Behaviour*, 21, 79-95;
- Rankin, J.(2009). Commentary on Treatment of Infertile Couples Using Reproductive Technologies: A Complex Matrix: *Clin Soc Work J.*, 150-154;
- Raphael-Leff, J. (1997). Gravidez a história interior. Porto Alegre: Artes Médicas;
- Ribeiro, J.,L.,P. (2007). Avaliação em psicologia da saúde. Instrumentos publicados em português. Coimbra: Quarteto;
- Rosenthal, M. (1985). Grappling with the emotional aspects of infertility. *Counseling*, 97-104;
- Ross, L. E., Sellers, E. M., Evans, S. E. G., & Romach, M. K. (2004). Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 457-466;
- Rubin, R. (1975). Maternal tasks in pregnancy. *Maternal-child Nursing*, 4, 143-153.

- Sigh, U. & Saxena, M.S. (1991). Anxiety during pregnancy and after child birth. *Psychological Studies*, 36(2), 108-111;
- Soifer, R. (1991). *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*, 5ª Edição, Porto Alegre: Artes Médicas.
- Tavares, L. (1990). Depressão e relacionamento conjugal durante a gravidez e pós-parto. *Análise Psicológica*, 4(8), 389-398.
- Van den Berg, M. P. (2006). Parental psychopathology and the early developing child: The Generation R Study. Unpublished Doctoral Thesis. Rotterdam: The Netherlands.
- Ventura, M. (2007). O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. *Pedagogia Médica*, 20(5), 383-386.
- Ulrich, M. & Weatherall, A. (2000). Motherhood and infertility: viewing motherhood through the lens of infertility, *Feminism & Psychology*, 10, 3, 32-36.
- Xavier, M.R. (2006). Crianças expostas ao álcool e substâncias ilícitas durante a gestação – algumas reflexões, *Cadernos de Estudo*, 3, 53-59;
- Zigmond, A.S. & Snaith, R.P.(1994). The hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67,361-370;

ANEXOS

Anexo I - Tarefas de desenvolvimentais e sintomas físicos

	Desenvolvimento cronológico da gravidez e puerpério	Tarefas de desenvolvimento	Sintomas Físicos
Gravidez	1º Trimestre	Integração (aceitar a gravidez)	<p>Manifestações somáticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Sistema gastrointestinal; ❖ Sistema urinário; ❖ Glândulas mamárias; <p>Primeiro sinal de transformação “peito”, sensibilidade mamária, aumento do peito, coloração escura (fenômeno é chamado de Sinal de Hunter). Outros sintomas associados são: Fadiga (devido a influencia da hormona produzida pela placenta, progesterona), cansaço fácil e sonolência, náuseas e vômitos (devido as modificações do volume sanguíneo), aumento da frequência urinária, aumento de secreções vaginais, aumento de peso.</p>
	2º Trimestre	Diferenciação	Obstipação, baixa tendencial da tensão arterial, hiperpigmentação na face e na aréola, aumento da secreção sebácea, ocorrência de câibras e lombalgias. Neste semestre as grávidas podem apresentar inchaço nas pernas e surgimento de varizes (devido a dificuldade de circulação do sangue pela compressão da veia cava pelo útero, deixando o sangue retido nas pernas).
	3º Trimestre	Separação	Pirose (azia) e o enfartamento, a sensação de dificuldade respiratória

Anexo II – Causas de infertilidade

Sistema reprodutor Feminino	Sistema reprodutor masculino
Síndrome de ovários poliquísticos: Osquistos impedem a formação de ovócitos maduros ou mesmo a ovulação porque respondem aos níveis hormonais e crescem, ocupando o espaço livre necessário para o desenvolvimento do ovócito	Alterações no espermograma: As alterações do espermograma podem ser devidas a causas genéticas (principal causa) ou secundárias (infecções genitais, álcool, tabaco, drogas, tóxicos ambientais, tóxicos profissionais, tóxicos alimentares, sobreaquecimento, medicamentos, sedentarismo).
Endometriose: A endometriose é também uma doença congénita, em que existem focos de endométrio (epitélio que reveste a cavidade uterina) espalhados em várias regiões do corpo (as zonas mais frequentes são os ovários, as trompas e a cavidade abdominal).	Criptorquidia: descida incompleta dos testículos para o escroto, ficando na região abdominal ou no canal inguinal. Causa azoospermia secretora.
Obstrução tubar: Infecção das trompas causa uma inflamação aguda (salpingite) seguida de dilatação das trompas (hidrosalpinge) que obriga à sua remoção cirúrgica (salpingectomia).	Ejaculação precoce: Nos operados à próstata, o sémen durante a ejaculação pode refluir para a bexiga urinária em vez de ser expelido para o exterior através da uretra.
Interrupção voluntária da Gravidez (IVG): É concretizado o aborto provocado que por consequência pode originar lesões graves do endométrio (sinéquias), infecções crónicas do endométrio (endometrite), infecções tubares (com obstrução das trompas) e perfuração uterina com histerectomia de urgência.	Azoospermia secretora: Paciente apresenta azoospermia porque o testículo não produz espermatozoides ou produz espermatozoides em número insuficiente.
Gravidez ectópica: Quando a implantação e a gravidez ocorre na cavidade abdominal (se o ovócito fecundado cair da trompa para a cavidade abdominal) ou na trompa de Falópio, o tratamento obriga a IVG e excisão da trompa afetada.. Se a gravidez ectópica for recorrente (2 consecutivas), o casal deve recorrer a PMA, utilizando a técnica da fecundação in vitro (FIV) para evitar novos casos.	Azoospermia Obstrutiva: Deve-se a uma obstrução ou a ausência congénita dos canais genitais excretores (epidídimo, canal deferente).
Patologia uterina	Anomalias endócrinas
Anomalias no cariotipo	Anomalias no cariotipo
Abortamentos de repetição	
Muco cervical incompetente	

(Disponível em: <http://www.apfertilidade.org/web/principais-causas-de-infertilidade-feminina>)

Anexo III – Técnicas de Medicina da Reprodução

<p>Inseminação Artificial (IA)</p>	<p>A inseminação artificial é uma técnica simples, que consiste na introdução artificial do esperma no aparelho reprodutor feminino. (Delgado, 2007)</p>
<p>Fecundação In Vitro (FIV)</p>	<p>Através desta técnica foi possível o nascimento do primeiro bebê com recurso à biotecnologia, em 1979 (Hammerberg, Fisher & Wynter, 2008). Esta técnica é composta por a estimulação hormonal, permitindo a produção de oócitos que determina a monitorização da resposta ovárica através de doseamentos hormonais e ecografias. Envolve a aspiração de oócitos maduros dos ovários (denominado este procedimento por punção folicular) e recolha do esperma. Os espermatozoides podem-se recolher partir do ejaculado ou se necessário recorrer a técnicas cirúrgicas de recolha de espermatozoides, como a Aspiração Microcirúrgica de Espermatozoides do Epidídimo (MESA), onde os espermatozoides são aspirados do epidídimo e a Extração Testicular de Espermatozoides (TESE), quando realizada a biópsia do testículo a fim de obter espermatozoides diretamente do tecido testicular. Posteriormente são colocados os oócitos em conjunto com os espermatozoides numa placa de laboratório (em meio de cultura) e realiza-se uma transferência de embriões para o útero por via vaginal (Delgado, 2007).</p>
<p>Injeção Intracitoplasmática dos espermatozoides (ICSI)</p>	<p>Nesta técnica a recolha de oócitos e espermatozoides é efetuada da mesma maneira que na fertilização <i>in vitro</i>. Esta técnica envolve a transferência de um único embrião para o útero (Delgado, 2007).</p>

Anexo IV – 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):

Anexo IV – Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade-EAGM

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 este 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

Anexo IV – Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade-EAGM

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 V – Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade-EAGP (versão de Estudo)



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

Data: ___/___/___

Data de nascimento: / /
Número de filhos:
Tempo de gravidez (em semanas):
Sexo do bebé (quando conhecido): F / M

Escolaridade:
Estado civil:

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

Anexo V – Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade-EAGP (versão de Estudo)

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

Anexo V – Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade-EAGP (versão de Estudo)

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 bebé	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 VI- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HADS

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalares (HADS)

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

© Zigmund and Snaith, 1994. From "The Hospital Anxiety and Depression Scale", Acta Psychiatrica Scandinavica 67, 361-370.

Anexo VI- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalares (HADS)

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

© Zigmund and Snaith, 1994. From "The Hospital Anxiety and Depression Scale", Acta Psychiatrica Scandinavica 67, 361-370.

Anexo VI- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HADS

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalares (HADS)

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

© Zigmond and Snaith, 1994. From "The Hospital Anxiety and Depression Scale", Acta Psychiatrica Scandinavica 67, 361-370.

Anexo VI- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HADS

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalares (HADS)

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

© Zigmond and Snaith, 1994. From "The Hospital Anxiety and Depression Scale", Acta Psychiatrica Scandinavica 67, 361-370.

Anexo VII – Consentimento Informado



Exma(o) Sr*/Sr*,

Um grupo de investigadores da **Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa**, coordenado pela Profª Doutora Maria Raul Lobo Xavier, está a desenvolver um projecto de investigação acerca da vivência psicológica da gravidez nas mulheres e nos homens que esperam o nascimento de um filho. Os objectivos gerais deste projecto consistem na construção e validação, para a população portuguesa, de um conjunto de instrumentos sobre a temática mencionada.

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

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

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

A responsável pelo projecto,

Maria Raul Lobo Xavier

(Profª Auxiliar da FEP-UCP)

Consentimento



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

Data ___/___/___

Assinatura _____

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

A vivência psicológica da gravidez após um acompanhamento de Medicina da Reprodução