



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

“O Homem “grávido” – um estudo sobre a ansiedade, depressão, vinculação pré-natal e satisfação conjugal na gravidez”

Joana Margarida dos Santos Lucas

Orientação: Professora Doutora Constança Biscaia

Mestrado em Psicologia

Área de especialização: *Psicologia Clínica e da Saúde*

Dissertação

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação

**“O Homem “grávido” – um estudo sobre a ansiedade, depressão,
vinculação pré-natal e satisfação conjugal na gravidez”**

Joana Margarida dos Santos Lucas

Orientador/a:

Professora Doutora Constança Biscaia

Évora, 2018

Agradecimentos

A realização deste trabalho devo a um conjunto de pessoas que das várias formas me ajudaram a ultrapassar todas as adversidades que surgiram ao longo do processo.

Agradeço à Professora Doutora Constança Biscaia por toda a disponibilidade, dedicação, paciência e transmissão de conhecimentos ao longo deste percurso.

À Dra. Ângela Rita Marques agradeço pelo acolhimento e disponibilidade que demonstrou desde o primeiro momento que a contactei para a distribuição dos questionários na sua clínica.

Agradeço aos autores das escalas validadas que amavelmente me facilitaram a utilização das provas para o meu estudo.

De forma calorosa e grata tenho que agradecer aos pais grávidos que se disponibilizaram a participar, com tanto agrado e empenho, na investigação.

Aos meus pais, ao meu irmão e à restante família um enorme agradecimento pelo facto de estarem ao meu lado na conclusão de mais uma etapa tão importante. Agradeço-lhes o incentivo, a compreensão e a paciência que ao longo destes anos de estudo têm tido comigo, agradeço também o facto de acreditarem sempre na conclusão deste percurso e no meu sucesso.

Ao meu namorado, por todo o amor, carinho, amizade e companheirismo, por nunca me ter deixado cair em desânimo, pelo encorajamento e por estar ao meu lado em todos os momentos da minha vida.

Como não podia deixar de ser agradeço às minhas amigas, Belinha, Eunice, Diana e Juliana, por uma longa e bonita caminhada que iniciámos há 6 anos, por nos mantermos lado a lado apesar da distância física, pelos momentos bons e menos bons, por todo o apoio e incentivo, um muito obrigado!

A ti Évora por seres uma cidade cheia de encanto por me teres abraçado desde do primeiro dia e por me teres proporcionado momentos encantadores e inesquecíveis!

Obrigado a todos pelo afeto e apoio, foi essencial!

“O Homem “grávido” – um estudo sobre a ansiedade, depressão, vinculação pré-natal e satisfação conjugal na gravidez”

Resumo

A presente investigação tem como objetivo estudar a sintomatologia ansiosa e depressiva dos homens em processo de gestação assim como a satisfação conjugal e a vinculação pré-natal paterna.

Utilizou-se o questionário sociodemográfico, a EADS-21 (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004), a DAS (Gomez & Leal, 2008) e a forma paterna da EVPN (Figueiredo, Leal & Maroco, 2010).

Numa amostra de 62 sujeitos, observou-se que os homens durante a gravidez apresentam baixos níveis de ansiedade e depressão e níveis elevados de stress principalmente no primeiro trimestre. Verificou-se que a satisfação conjugal e a vinculação pré-natal do pai ao feto estão correlacionadas de forma positiva. Já a satisfação conjugal é menor quando existem mais sintomas psicopatológicos. Concluímos ainda que pais primíparos apresentam mais vinculação pré-natal, maior satisfação conjugal e maior ansiedade.

Palavra-chave: *pai, ansiedade, depressão, vinculação pré-natal, satisfação conjugal.*

The Man “pregnant”- a study about anxiety, depression, pre-natal binding,
conjugal satisfaction in pregnancy”

Abstract

The present research aims to study the anxious and depressive symptomatology of men in the gestation process as well as conjugal satisfaction and paternal prenatal binding.

We used the sociodemographic questionnaire, EADS-21 (Pais-Ribeiro, Honored & Leal, 2004), DAS (Gomez & Leal, 2008) and the paternal form of EVPN (Figueiredo, leal & Maroco, 2010).

It was observed that men during pregnancy have lower levels of anxiety and depression and high levels of stress, especially in the first quarter. It was found that the conjugal satisfaction and the pre-natal binding from the father to the fetus are correlated positively. On the other hand, the conjugal satisfaction is lower when there are more psychopathological symptoms. We conclude that primiparous fathers feature more pre-natal binding, greater conjugal satisfaction and increased anxiety.

Keywords: *father, anxiety, depression, pre-natal binding, conjugal satisfaction.*

Índice

Índice de tabelas	2
Capítulo I – A Parentalidade	8
1.0 Homem na Transição para a Parentalidade	8
1.1. Vinculação Pré-natal paterna.....	19
1.2. Sintomatologia psicológica paterna associada à gravidez.....	22
1.2.1. Ansiedade	23
1.2.2. Depressão.....	25
1.3. Satisfação conjugal e gravidez paterna	27
Capítulo II - Conceptualização do estudo empírico	29
1. Objetivos e hipóteses do estudo	29
2. Metodologia	29
2.1. Caracterização da amostra	29
2.2. Instrumentos	31
2.3. Procedimento	34
2.4. Procedimento de Análise de dados	34
3. Apresentação dos Resultados	35
3.1. Análise descritiva dos instrumentos	36
3.2. Estudo das hipóteses	36
4. Discussão dos resultados	44
5. Conclusão do estudo	50
Referências Bibliográficas	53
Anexos.....	60

Índice de tabelas

Tabela 1 – Caracterização da amostra

Tabela 2 – Consistência Interna EADS-21

Tabela 3 – Consistência Interna EVPN

Tabela 4 – Consistência Interna DAS

Tabela 5 – Resultado do teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* com a correção de *Lilliefors* para aferir a normalidade

Tabela 6 – Estatística descritiva EADS-21

Tabela 7 – Estatística descritiva EVPN

Tabela 8 – Estatística descritiva DAS

Tabela 9 – Sintomatologia psicológica segundo os trimestres de gestação, com recurso ao teste *Kruskal-Wallis*

Tabela 10 – Satisfação Conjugal segundo os trimestres de gestação, com recurso ao teste *Kruskal-Wallis*

Tabela 11 – Vinculação Pré-Natal paterna segundo os trimestres de gestação, com recurso ao teste *Kruskal-Wallis*

Tabela 12 – Correlação de *Spearman* entre variáveis em estudo

Tabela 13 - Resultados do *U Mann-Whitney* na comparação de grupos (Primíparos e múltiparos) com as variáveis em estudo

Introdução

Ao longo das décadas muitas têm sido as transformações socioculturais ocorridas a todos os níveis, com estas o conceito e a visão de família, maternidade e paternidade também se têm alterado.

Nos séculos XVII e XVIII o pai assumia a função de provedor de bens materiais e educacionais para a sua família e o papel de provedor do desenvolvimento moral e religioso dos filhos (Cia et al., 2005). O modelo familiar desta época era organizado por uma hierarquia, onde o homem exercia o domínio e a severidade sobre o núcleo familiar (Gomes & Resende, 2004), o sustento familiar era interpretado como sinónimo de autoridade (Martins, 2013) e as tarefas domésticas eram divididas em função dos papéis sexuais. Era bastante claro que os laços económicos se sobrepunham aos laços fraternos e emocionais (Teixeira, 2006).

Na viragem para o século XIX e como consequência da industrialização os homens foram trabalhar para as grandes indústrias nas cidades, o que fez com que passassem grande parte do tempo longe de casa e da família e como consequência houve um afastamento físico e emocional do homem relativamente à sua família (Cia et al., 2005). Apesar deste afastamento familiar a figura masculina continuava a ser a mais importante na família (Pleck, 1997; cit. in Balancho, 2001).

Posteriormente, a Segunda Guerra Mundial e a crise económica abalaram o seio familiar. Com a ausência do pai começou a sentir-se o enfraquecimento dos valores morais na sociedade e percebeu-se que havia a necessidade de um homem que servisse de modelo familiar, moral e social (Lamb, 2000; cit. in Teixeira, 2006). Em função de todas estas mudanças sociais o papel das mulheres acabou também por ser alterado, estas já não iam para os campos com os maridos e viam a sua função de mãe redobrada visto que o marido estava ausente (Coley, 2001; cit. in Cia et al., 2005).

A partir de 1960/1970, após a Revolução Feminista e o término da Segunda Guerra Mundial as mulheres começaram a sua atividade no mercado de trabalho nomeadamente nas indústrias (Martins, 2013). Em Portugal o 25 de Abril de

1974 teve grande impacto no papel assumido pelas mulheres na sociedade (Torres, 2004), começou a existir igualdade económica entre homens e mulheres e consequentemente sentiu-se a alteração dos papéis sociais femininos e masculinos (Engle & Breaux, 1998; Brandth & Kvande, 2002; Rodrigues, Assmar & Jablonski, 2002; cit. in Cia et al., 2005; Freitas et al., 2009; Matos, 2012; Piccinini, Silva, Gonçalves, Lopes & Tudge, 2004), assim como uma nova organização familiar que contrastava com a anterior (Lamb, 1997; Diniz, 1999; Bertolini, 2002; cit. in Cia et al., 2005). A mudança mais significativa do século XX foi então a perda da legitimidade do patriarcado (Balancho, 2001; Flaquer, 1999; cit. in Sutter & Maluschke, 2008).

Contrariamente ao conceito de pai tradicional vivido durante décadas, onde o pai exercia domínio sobre todos, onde bebé era visto como propriedade materna (Nolasco, 1995; cit. in Freitas, Coelho & Silva, 2007), começou a surgir no panorama internacional o conceito de “novo pai” (Balancho, 2004; Camarneiro, 2011; Freitas et al., 2007; Gracês, 2011; Sutter & Maluschke, 2008) este modelo é assente numa paternidade mais contemporânea que emergiu no decorrer das transformações anteriormente designadas (Balancho, 2004). O conceito tem por base o tipo de relações familiares vividas atualmente, onde o autoritarismo patriarcal é colocado de lado e se dá importância: à participação e envolvimento do pai (Garcês, 2011; Gomes & Resende, 2004;), ao estabelecimento da relação precoce entre pai-bebé e à importância desta para o bom desenvolvimento da criança (Parke, 1996; cit. in Parke, 2002), o que acaba por mudar a visão da paternidade. O pai de hoje prepara a paternidade de forma diferente, acompanha a gestação, faz para se tornar uma figura importante e presente para a mãe e para o bebé desde a conceção até ao nascimento, elaborando de forma diferente a representação mental do bebé (Bayle, 2005; cit. in Garcês, 2011), os cuidados tipicamente maternos já não o são, assistimos a uma quebra da linha que separa o domínio masculino do feminino no que toca à parentalidade (Teixeira, 2006).

Segundo Ménard (2000; cit. in Martins, 2013) a novidade nesta nova forma de exercer a paternidade não são os sentimentos do pai pelo filho, a novidade é a forma como o pai partilha esses mesmos sentimentos. O facto de

ambos os elementos do casal levarem os filhos à escola, ao médico, preocuparem-se e encarregarem-se da alimentação e dos cuidados de higiene dos filhos, são sinais de mudança (Freitas et al., 2007; Lamb, 1997; cit. in Martins, 2013;). A autoridade deu lugar ao afeto e aos vínculos mais próximos rompendo estereótipos sociais acerca da masculinidade (Freitas et al., 2009). “O homem aceitou dar-se à criança e não apenas dar-lhe coisas.” (Camarneiro, 2011; p.76). É cada vez mais comum dar prioridade à paternidade em deterioramento de outras áreas de vida.

Para alguns autores, nomeadamente, Sullerot (1993; cit. in Balancho, 2004) mais do que um “novo pai”, assistimos ao fenómeno da “nova mulher” que ao longo de décadas desejou ter um parceiro diferente, transformá-lo para que este fosse mais presente, ativo, atento e carinhoso, segundo Badinter (1989, 2010; cit. in Camarneiro, 2011) foi pela mão das mulheres que se deu a nova paternidade.

Esta nova visão da paternidade surge supostamente desligada do poder económico, mas o homem continua a preservar um pouco da forma tradicional da paternidade, nomeadamente o ser provedor financeiro (Gomes & Resende, 2004; Sutter & Maluschke, 2008) com o propósito de conseguir oferecer todas as condições e a segurança financeira à esposa e ao futuro filho, podemos então afirmar que “o novo pai visita o tradicional, mas afasta-se dele” (Freitas et al., 2007; pp. 143).

Associado ao conceito do “novo pai” tornou-se essencial desenvolver o conceito de envolvimento paterno, inicialmente este era definido pela quantidade de tempo que o pai interagira com a criança ou nas suas atividades, hoje em dia o conceito centra-se na qualidade da interação pai-filho (Adamsons, O’Brien & Pasley, 2007; Featherstone, 2004; Lamb, 2000; Pleck, 2012; cit. in Almeida, 2013) e na responsabilidade que há sobre a criança e o seu bem-estar (Palkovitz, 2002; cit. in Almeida, 2013). Autores como Lamb, Pleck, Charnov e Levine (1985; cit. in Piccinini et al., 2004;), Almeida (2013), Ferreira (2014) e Parke et al. (2005) definem este conceito com base em três dimensões do comportamento paterno: a interação, a acessibilidade à criança e a responsabilidade. A interação refere-se ao contacto com o bebé nos cuidados e

atividades relacionadas com a sua chegada. A acessibilidade diz respeito à presença e disponibilidade física e/ou psicológica para o bebé. E a responsabilidade diz respeito à garantia de recursos, a satisfação das necessidades, planeamento e organização da vida. A interação e a acessibilidade estão ligadas, pois para interagir é necessário haver disponibilidade quer física quer emocional (Ferreira, 2014).

A dinâmica familiar sofreu inúmeras mudanças ao longo dos últimos séculos, como tal autores como Lewis e Dessen (1999), Peck (1984; cit. in Garcês, 2011) e Zornig (2009; cit. in Zornig, 2010) caracterizaram os períodos mais marcantes da evolução familiar até à atualidade:

- o primeiro período decorreu durante o século XVIII onde era priorizado o papel e a autoridade masculina e a sua ambição por conseguir territórios e bens;

- o segundo período foi desde o final do século XVIII a finais século XIX, o pai tinha a função de orientador moral e educacional;

- o terceiro período centrou-se nos anos 40 onde o pai tinha o dever de sustentar financeiramente os filhos e a esposa;

- por fim, o quarto período inicia-se a partir de 1960/1970 e é conhecido como o período do “novo pai” que cuida, acarinha e se envolve com os filhos e a companheira.

Tendo em conta todas estas modificações sociais, tornou-se necessário realizar alterações também a nível da legislatura, no passado apenas as mães tinham direito à licença de maternidade aquando nascimento de um filho, atualmente esta é designada licença de parentalidade, através do Decreto-lei nº91/2009 (Matos, 2012) ou seja, é concedido o direito a ambos os pais de acompanharem o desenvolvimento do filho.

Dada a importância da figura parental desde o início da gravidez é importante compreender e olhar como o homem vive o processo de transição e a gravidez e é esse mesmo o objetivo do estudo, centrando a investigação na ansiedade e depressão ligada à gestação, assim como a vinculação pré-natal paterna e a satisfação conjugal neste momento transitivo. O trabalho irá ser apresentado em dois capítulos distintos: o primeiro refere-se à transição para a

parentalidade do ponto de vista masculino, explora a forma como o homem vive o processo gestacional e como a sintomatologia ansiosa e depressiva está presentes nesta altura. É ainda abordado o tema da satisfação conjugal e da vinculação pré-natal paterna na fase da gravidez e a forma como o homem lida e vive com estas variáveis. O segundo capítulo é dedicado à conceptualização do estudo empírico, discussão dos resultados e conclusão.

Capítulo I – A Parentalidade

1. O Homem na Transição para a Parentalidade

Transitióne significa transição é original do latim, é o ato de passar de um assunto, de um lugar, de uma posição ou período para outro é uma terminologia linguística utilizada frequentemente para descrever um processo de desenvolvimento pessoal (Gracês, 2011). Como refere Price et al. (2000; cit. in Deave & Johnson, 2008) as transições são períodos em que há mudanças no estilo de vida quer a nível profissional, familiar, social ou na saúde. Mas nem todas as mudanças podem ser denominadas de transição. O Homem é um ser em constante mudança, umas são mais simples outras são mais críticas, mais difíceis de ultrapassar e que requerem mais recursos da pessoa, a essas dá-se o nome de transição (Martins, 2013). A pessoa deve tomar consciência das novas exigências e das suas competências pessoais, de forma a conseguir responder de forma ajustada à nova realidade (Martins, 2013), alterando comportamentos, formas de pensar e atividades antigas. A transição é caracterizada por ser um processo complexo, a sua duração é variável e depende da maneira como a mudança é encarada e também da forma como esta influencia outras dimensões da vida. Erikson (1972) identifica as transições como crises, mas também oportunidades de crescimento e desenvolvimento pessoal.

O termo parentalidade surge da palavra *parentâle* e corresponde “a um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva permitindo que dois adultos se tornarem pais, isto é, que respondam às necessidades físicas, afetivas e psíquicas do(s) seu(s) filho(s), que numa perspetiva antropológica designa os laços de aliança, filiação, etc.” (Bayle, 2005, p. 322). De acordo com Morales (2004; cit. in Garcês, 2011) a parentalidade é a capacidade psicológica que cada um possui para exercer a função parental, ou seja, a competência para ser pai ou mãe suficientemente bom(a) para o seu filho.

Este não é um conceito novo e teve a sua origem no termo maternalidade desenvolvido pelo psiquiatra e psicanalista Paul-Claude Racamier no ano de 1961 (Garcês, 2011) segundo a mesma fonte, o autor uniu os termos maternalidade e paternalidade para dar origem ao novo conceito que a partir de

1985 foi muito utilizado pelos psicanalistas que estudavam as relações entre pais e bebês.

A parentalidade tem vindo a evoluir nas últimas décadas, nomeadamente devido às modificações socioculturais e económicas que ocorreram nos finais do século XX. De acordo com Menezes (2001), o desejo da parentalidade dá-se a partir da história de cada indivíduo, apesar de muitos autores afirmarem que a parentalidade se inicia com a gravidez, este projeto tem início muito antes da concepção do feto. O desejo de ser pai inicia-se na infância de cada progenitor e continua ao longo do desenvolvimento (Bayle, 2005), as experiências e identificações da própria infância vão moldar o tipo de parentalidade exercida pelo futuro pai (Zornig, 2010).

A paternidade define-se por ser uma construção social, segundo Camarneiro (2011) um homem pode ter filhos sem nunca saber ou pode ter um filho e não ser o seu pai biológico. Este conceito tem sido definido de diferentes formas, para Pleck (2010; cit. in Almeida, 2013) a paternidade é a capacidade do homem ser pai biológico e também pai social, mesmo não sendo pai biológico o homem assume a responsabilidade pelos seus filhos. Pai é aquele que se envolve na paternidade, que tem comportamentos e atitudes parentais ainda que não seja pai biológico da criança (Raphael-Leff, 2009; cit. in Camarneiro, 2011). Um outro autor (Palkovitz, 1996; cit. in Almeida, 2013) afirma que a paternidade representa um conjunto de transições, oportunidades e exigências que se estendem no tempo. É a colocação de um ser totalmente dependente no mundo por isso mesmo paternidade é sinónimo de maturidade pessoal (Figueiredo, 2004). Esta é muitas vezes influenciada pelas condições do meio envolvente, ainda hoje a paternidade assenta nos modelos sexuais socialmente impostos, na sociedade antiga o papel parental paterno era limitado pelas normas e tabus existentes (Carteiro & Marques, 2010). Estes papéis sexuais têm a sua origem no *mothering* -“maternagem” que significa os cuidados da mãe para com o bebé (Freitas et al., 2007; Freitas et al., 2009). Logo à partida este termo leva à desigualdade sexual as mães são vistas como agentes decisivos, com todo o poder na parentalidade (Chodorow, 1990; cit. in Freitas et al., 2007; Freitas et al., 2009) e são também associadas ao cuidado da

criança, a boa mãe é aquela que dá carinho, alimenta, aconchega e participa na educação (Freitas et al., 2009). Por outro lado a *fathering* – “paternagem” refere a função de fornecer alimento e sustento económico à família (Freitas et al., 2009), bom pai era aquele que não deixava faltar alimento, que dava lições morais e sociais aos filhos, que apoiava emocionalmente a esposa desvalorizando a ligação afetiva com a gravidez levando a que existisse uma fragilidade no vínculo pai-filho (Gomes & Resende, 2004), segundo a ideologia de muitas culturas à época, ser pai não é só ter um filho é também conseguir mantê-lo (Freitas et al., 2007).

O homem foi sempre cúmplice do tipo de paternidade exercida ao longo das décadas (Balanchó, 2001) na medida em que aceitou sempre os papéis que lhe eram impostos não tendo consciência das consequências, da sua passividade, para os seus filhos. Apesar das mudanças sociais já ocorridas, é ainda visível que o papel paternal é deixado de lado para dar lugar à maternidade, criando assim um círculo relacional fechado mãe-bebé (Ramires, 1997; cit. in Jager & Bottoli, 2011).

A transição para a parentalidade é a passagem para um novo ciclo de vida e é uma das maiores mudanças que o sistema pessoal e familiar enfrenta, envolvendo uma redefinição de papéis (Martins, 2013). O homem e a mulher sem filhos começam a aceitar e interiorizar o processo de gestação e o desenvolvimento fetal daquele que será o futuro filho (Estêvão, 1995). Ocorre neste processo uma série de mudanças e adaptações complexas para os futuros pais onde são experimentadas novas situações e expectativas (Levy-Shiff, 1999; cit. in Biehle & Mickelson, 2011).

Num processo deste tipo nada é linear, ocorrendo o processo de forma diferente em cada pessoa, devido às idiosincrasias pessoais, sociais ou familiares. Como tal, diferentes autores apresentam diferentes momentos para o início do processo de transição para a parentalidade, contudo o início da gravidez é o período onde as fantasias e projeções infantis dos progenitores se tornam reais, é considerado um momento de realização pessoal (Relvas, 2004). Quando ocorrem as primeiras mudanças, surgem os primeiros momentos de crise face às alterações e as dúvidas dos pais em relação às suas capacidades

para lidar com a nova fase (Martins, 2013). Dai termos optado pelo estudo da gravidez, olhando-a como um período de mudanças, transições e novos desafios para o homem.

Atendendo às novas tarefas e mudanças inerentes à gravidez podem surgir conflitos familiares e conjugais (Krob, Piccinini & Silva, 2009; Silva & Figueiredo, 2005). De seguida, serão abordadas algumas das tarefas desenvolvimentais características do processo de gravidez, segundo Canavarro e Pedrosa (2005), que são vividas por ambos os progenitores, contudo será dado mais relevo à vivência do pai.

- Reavaliar e reestruturar a relação com os pais

Neste processo o bebé surge como um elemento unificador, verifica-se uma reaproximação às famílias de origem para um objetivo comum (o bem-estar do bebé). Por outro lado, esta nova fase acarreta novos desafios para os quais os progenitores não estão ainda preparados para dar resposta, cabe então aos avós auxiliar os pais dando apoio emocional e instrumental, porém este apoio pode ser dado em excesso e de forma muito intrusiva o que irá resultar numa situação incomodativa para os futuros pais e criar conseqüentemente um conflito geracional, que em vez de apaziguar pode agravar conflitos passados entre pais e filhos. Como tal esta fase é um momento em que os progenitores reavivam as suas memórias enquanto filhos havendo a oportunidade de resolver ou agravar conflitos do passado.

- Reavaliar e reestruturar a relação com a companheira

O processo de transição para a parentalidade pode ser um momento de risco para o casal com desencontros sexuais e emocionais que levam à insatisfação conjugal do casal e à vulnerabilidade para iniciar ou agravar disputas. Por outro lado, pode ser um momento de oportunidade de fortalecimento da relação e cumplicidade entre os parceiros.

- Reavaliar e reestruturar a sua própria identidade

O ser pai pressupõe a construção da identidade parental que até aqui não existia. Para haver essa construção é necessário haver uma reorganização da identidade pessoal de cada um dos progenitores, uma redefinição dos valores, dos objetivos de vida e das prioridades para esta nova fase da vida.

Tanto a mulher como o homem têm emoções e sentimentos bastante ambivalentes nesta fase que nem sempre são fáceis de lidar e ultrapassar, é necessário que cada um deles realize as suas adaptações e reavaliações pessoais (Carteiro & Marques, 2010; Colman & Colman, 1994). De acordo com Colman e Colman (1994) tornar-se pai pela primeira, segunda ou quinta vez, exige sempre uma reorganização total do sentido da vida, pois o ser pai é um dos poucos processos de transição permanente, ou seja, é um processo sem possibilidade de retorno onde são assumidos compromissos para a vida e o fim deste compromisso está ligado ao fim de um dos intervenientes (Krob et al., 2009).

Mesmo quando esta transição é esperada, quer pelo facto de a gravidez ter sido desejada e planeada, quer pelo facto de o homem já ter outros filhos, as dificuldades e mudanças são inúmeras e singulares pois o homem vê-se perante a necessidade de se descentrar do seu “*self*” e focar a sua atenção no futuro filho e nos novos papéis que deve assumir (Silva & Figueiredo, 2005). A adaptação à parentalidade consiste na capacidade de superar todas as tarefas desenvolvimentais que a nova fase pressupõe permitindo o desenvolvimento de competências para cuidar e educar o filho, para o seu crescimento e desenvolvimento saudável (Canavarro, 2001). Mas o tipo de adaptação à parentalidade pode ser influenciada por um conjunto de variáveis externas e internas, como por exemplo, o estatuto e exigências profissionais, a satisfação com a carreira e o horário de trabalho (Canavarro & Pedrosa, 2005). É também necessário a presença de uma forte rede de apoio social e relações significativas para garantir uma adaptação saudável ao novo momento, respostas adequadas (Figueiredo, 2004), diminuição do stress e das dúvidas existentes (Gracês, 2011). Segundo a mesma autora o modo como um membro do casal atravessa o processo de transição influencia a transição do outro membro.

A preocupação é um dos aspetos que parece estar mais presente nesta transição. Desde o início da gravidez é comum que exista uma forte preocupação do homem para com a companheira, com o futuro bebé, com a segurança e bem-estar de ambos, com o futuro do casal, com as restantes relações familiares (Matulaite-Horwood & Bieliauskaite, 2005; cit. in Conde &

Figueiredo, 2007). Conde e Figueiredo (2007) apresentam em seus estudos preocupações muito idênticas entre homens e mulheres, no período da gravidez: - preparação para a chegada do novo membro; - antecipação das mudanças dos vários contextos; - saúde do bebê; -sentimentos do outro e – competência na prestação de cuidados ao bebê, os homens parecem apresentar uma maior preocupação relativamente à sua performance enquanto pais e o tipo de pais que desejam ser.

Canavarro (2011) refere que a gravidez é um processo que envolve uma profunda crise e transformação no desenvolvimento pessoal e conjugal. Este como qualquer outro processo de transição é bastante complexo e envolve inúmeras mudanças (Krob et al., 2009). Quando falamos deste processo, não nos podemos limitar a relatar somente o facto de os futuros pais terem de se adaptar aos novos papéis familiares e sociais, porque no decorrer do processo há a necessidade de o casal elaborar individualmente e em conjunto as suas próprias fantasias acerca do futuro bebê, criar o bebê imaginário, realizar uma revisão da própria infância e dos papéis parentais a que foram expostos (Brazelton, 1988; cit in. Piccinini et al., 2004) e realizar uma auto-preparação para as novas tarefas (Figueiredo, 2004).

O homem tende a sentir-se orgulhoso e feliz com a gravidez, é um momento que pode proporcionar grande intimidade e cumplicidade no casal (Carteiro & Marques, 2010), mas que pode fazer o homem sentir-se ansioso e reticente relativamente à sua capacidade de ser um bom pai e de sustentar a sua família (Pereira, 2005). Podemos referir que a visão que o homem tem da gravidez é díspar, enquanto para uns a gravidez significa masculinidade e virilidade e por isso é vista como um motivo de orgulho, para outros a gravidez não apresenta muito significado emocional (Bobak et al., 1999; cit. in Carteiro & Marques, 2010). A gravidez faz com que dois sujeitos que são filhos, assumam um novo papel o serem eles mesmos pais (Garcês, 2011). Esse pode ser um processo pacífico ou conflituoso, em que no final uns homens se sentem preparados para serem pais mas outros ainda não.

As mudanças corporais e hormonais que ocorrem na mulher foram desde sempre uma característica que distanciou o homem do processo gestacional, o

facto de nele não ocorrerem mudanças físicas faz com que ele experiencie a gravidez de forma diferente (Colman & Colman, 1994), podendo por isso ocorrer afastamento da companheira, da gravidez e conseqüentemente do feto, levando ao aparecimento de sentimentos de ciúme, inveja, ansiedade, solidão, competição e exclusão (Garcês, 2011; Krob et al., 2009; Piccinini et al., 2004). Estes são alguns dos motivos pelos quais os homens podem apresentar mais dificuldade em criar vínculo com o bebê durante a gravidez (Maldonado, et al., 1997; cit. in Piccinini et al., 2004). Draper (2003; cit. in Gracês, 2011) numa pesquisa realizada com 18 pais nos EUA deparou-se com sentimentos de ambigüidade devido ao facto de o homem não sentir o bebê de igual forma à sua companheira. Nestes casos o processo de transição por parte do homem pode ocorrer mais tardiamente, em comparação com a futura mãe (Krob et al., 2009). Draper (2003; cit. in Gracês, 2011) concluiu que o envolvimento paterno durante a gestação ajuda a promover a transição para a parentalidade do futuro pai.

O homem sente o temor de que o bebê crie instabilidade na relação conjugal (Bornholdt, Wagner & Staudt, 2007), devido à distância que vai surgindo entre o casal. Bee (1997) verificou que as mudanças na relação conjugal e nas relações familiares pautam-se por uma grande dificuldade que é realizar a inclusão de um novo elemento no seio familiar, elemento esse que ainda não é visível. O casal perde a sua união dual para dar lugar a um terceiro elemento. Segundo Freitas et al. (2007) para que um homem se sinta pai antes do nascimento a companheira tem um papel fundamental, é necessário proximidade física entre o pai e a gestante, envolvimento afetivo e aceitação da gravidez para ambos os elementos do casal é também importante que a gravidez tenha sido um projeto individual de cada progenitor ainda que fosse um projeto pensado para um outro momento das suas vidas. Já o homem deve dar resposta às necessidades da mãe para que se inicie o envolvimento pai-feto e a mãe é catalisadora desta interação precoce, se a mãe estabelece uma relação positiva com o pai, é transmitida tranquilidade ao feto por contrações uterinas suaves e possibilita a interação pai-filho, se a relação é conflituosa a mãe transmite acelerações e espasmos uterinos o que pode provocar desconforto fetal

(Camarneiro, 2011). Se não há estabelecimento de vínculo por parte do homem com a gravidez e com a criança, este acaba por se distanciar do processo (Bornholdt et al., 2007).

Até há alguns anos atrás acreditava-se que só a mulher sofria de alterações físicas e hormonais na gravidez, contudo, estudos recentes têm apontado para o facto de que os homens também podem apresentar mudanças hormonais nesta fase (Storey et al., 2000; Rosenblatt, 2002; Fleming Li, 2002; cit. in Parke et al., 2005), tais como o Síndrome de Couvade que constitui um conjunto de sintomas físicos durante a gravidez idênticos aos da grávida, como por exemplo, engordar, ter enjoos, desejos, depressão, etc (Matos, 2012). Estes dados permitem-nos pensar que pode também haver uma preparação biológica no homem para ser pai (Parke et al., 2005).

A espera de um filho faz com que os futuros pais vivam momentos de felicidade, criem expectativas de como será o relacionamento com a criança e qual o tipo de paternidade que vão exercer, mas por outro lado este pode tornar-se um momento não muito positivo (Gomes & Resende, 2004) pois muitos homens têm grande dificuldade em projetar no futuro o tipo de pais que serão. A forma como cada homem imagina e vive a paternidade é consequência da sua história passada, do modelo parental a que foi exposto e do que recorda desse modelo parental (Gabriel & Dias, 2011; Levandowski & Piccinini, 2006). Lamb (1986; cit. in Balancho, 2004, p. 384) refere que “muitos homens estabelecem objetivos que dependem das memórias da sua infância, escolhendo, ora compensar as deficiências dos seus próprios pais, ora emulá-las.”

Conclui-se este ponto assumindo que quando o homem se sente grávido a paternidade é vivida de melhor forma, a relação entre o casal torna-se mais igualitárias, ou seja, as tarefas não são estipuladas pelos estereótipos de masculinidade e feminilidade (Freitas et al., 2007) e o envolvimento paterno com o feto é mais positivo, tal como será abordado no ponto seguinte deste trabalho.

2. O pai na gravidez

2.1 O envolvimento paterno na gravidez

Só a partir dos anos 50 surgiram os primeiros estudos que focavam o pai, ou melhor, focavam a ausência da figura paterna e as consequências disso para o envolvimento pai-bebé desde a gravidez (Lamb, 1992; Malpique, 1990; cit. in Teixeira, 2006).

May (1982; cit. in Carteiro & Marques, 2010; Piccinini et al., 2004) refere que existem várias fases do envolvimento emocional dos futuros pais com a gravidez, a primeira fase é a suspeita da gravidez normalmente vivida de forma intensa; a segunda fase é a confirmação da mesma, que gera sentimentos ambivalentes, desde stress, desconforto, alegria e felicidade, aqui a gravidez é ainda algo hipotético e imaginário; por último, a fase de mudança é quando se vê a gestação como real, esta fase ocorre quando a barriga começa a crescer e quando se realizam as ecografias onde dá para ver a realidade que é o futuro bebé. Esta última fase caracteriza-se pelo maior envolvimento do pai com o bebé, com a gravidez e com a companheira.

Durante a gravidez é possível diferenciar vários tipos de categorias paternas de acordo com Raphael-Leff (2009; cit. in Camarneiro, 2011) e May (1980; cit. in Ferreira, 2014): o pai observador que vê a gravidez como algo da responsabilidade feminina sem demonstrar envolvimento, prestando auxílio somente quando lhe pedido; o pai instrumental, pouco confortável ao mostrar as suas emoções mas presta auxílio nas questões mais práticas; o pai participante/expressivo é aquele que tem o desejo de participar na gravidez, identifica-se com a companheira, é protetor para com a grávida; por fim, há o pai renunciador que fecha o contacto com a companheira, tem dificuldade em sentir empatia pela experiência da mulher e considera que a gravidez não é assunto masculino, contudo é preocupado com a mãe, com o bebé e fantasia acerca do tipo de pai que será. As suas ansiedades podem vir em consequência de memórias de infância ou devido ao receio da mudança.

Parke (1996; cit. in Parke, 2002) identifica vários fatores intrínsecos e extrínsecos que determinam o envolvimento paterno. Dentro dos fatores intrínsecos as influências individuais, que remetem para a motivação do

homem, competência, autoconfiança e crenças. Hoje em dia a motivação tem aumentado e a competência e autoconfiança são decisivas para o passar ao ato, muitas vezes os homens até têm motivação para se envolver mas duvidam das suas aptidões e por isso envolvem-se pouco. As influências extrínsecas estão relacionadas com o tipo de relação com a companheira, com a família mais próxima, com os sistemas formais (instituições e emprego) e com os sistemas informais (rede social e de amigos); por último há os fatores culturais que determinam fortemente os valores e a maneira de agir do homem. Doherty, Kouneski e Erikson (1998; cit. in Parke, 2002) apresentaram detalhadamente os determinantes do envolvimento paterno que temos vindo a falar.

1. Fatores individuais – antecedentes psicológicos, atitudes do homem em relação ao pai e a motivação para o próprio se envolver na paternidade e adquirir conhecimentos e habilidades cuidadoras são determinantes para o nível de envolvimento do homem com o bebé.

1.1 Relações masculinas com a família de origem – a qualidade do relacionamento entre o futuro pai com os pais é um forte determinante (Cabrera, Tamis-Le Monda, Bradley, Hofferth e Lamb, 2000; Parke, 1996; cit. in Parke, 2002). A teoria da aprendizagem social de Bandura é utilizada para defender este ponto pois os homens modelam-se aos próprios pais. Cowan e Cowan (1987 cit. in Parke, 2002) defendem que a modelagem a relacionamentos positivos com os pais na infância leva a um envolvimento positivo com o filho. Há homens que tendem a imitar os seus pais, outros querem compensá-los e para outros o modelo exercido pelo próprio pai tem pouca influência no exercício da sua paternidade (Daly, 1993; cit. in Parke, 2002).

1.2 A forma como socializam com o papel de pai – a forma como rapazes e raparigas são preparados para a paternidade e têm consciência desta durante a infância, ajuda a determinar a promulgação dos papéis parentais na idade adulta (Parke & Brott, 1999; cit. in Parke, 2002). A crença social acerca do papel do pai ajuda a moldar as expectativas e a forma como os homens vêm a paternidade (Goodnow, 1988, 1999; cit. in Parke, 2002).

1.3 Atitudes, motivações e habilidades dos homens – Estas três dimensões são altamente determinantes no envolvimento paterno (Jain et al.,

1996; Lamb et al., 1987; cit. in Parke, 2002), a forma como os homens encaram os seus papéis de esposo, pai, filho, trabalhador e a importância que dão a cada um deles é um preditor do seu envolvimento, tal como acontece no papel parental.

2. Fatores Familiares – As variáveis familiares também necessitam de ser contabilizadas no envolvimento pai-filho.

2.1 Atitudes maternas – Apesar de todos os avanços rumo à igualdade de género as mulheres ainda se sentem ambivalentes em relação à proximidade e envolvimento do homem nas questões domésticas e no cuidado dos filhos (Coltrane, 1996; Dienhart & Daly, 1997; cit. in Parke, 2002), esta ambivalência justifica-se pelo facto de que o envolvimento do pai quebra a dualidade da relação mãe-bebé e a alteração disso poderá colocar em questão o poder da mulher no lar. Os estudos sugerem que as atitudes maternas são essenciais e determinantes no envolvimento do pai (Beitel & Parke, 1998; Allen & Hawkins, 1999; Cit. in Parke, 2002).

2.2 Relações conjugais e relação pai-filho – Estudos efetuados nos EUA e no Japão (Dickie & Matheson, 1984; Pedersen, 1975; Durrett, Otaki & Richards, 1984; cit. in Parke, 2002) defendem que o apoio prestado pelo homem à companheira relaciona-se com a qualidade do vínculo pai-filho. Outros autores como Amato e Keith (1991; cit. in Parke, 2002) sugerem que a qualidade do relacionamento conjugal está diretamente relacionada com os padrões de interação e satisfação com a parentalidade.

3. Alterações das condições sociais como determinante do relacionamento pai-filho – As mudanças da sociedade acabam por influenciar os relacionamentos familiares. A taxa de fertilidade e o tamanho das famílias têm vindo a diminuir, as mulheres atingem cargos cada vez mais altos na sociedade, as famílias monoparentais são cada vez mais e a forma como a maternidade e a paternidade são exercidas é bastante diferente. Todas estas mudanças sociais levaram a que as relações dentro das famílias fossem alteradas (Parke, 2002).

3.1 Padrões de emprego e os papéis dos pais na família – Cada vez mais se dá atenção ao impacto do emprego nos seus papéis familiares (Deutsch, 1999; Gottfried, Gottfried, bathurst e Killian, 1999; Hoffman, 2000; cit. in

Parke, 2002). Estas mudanças acabam por afetar a quantidade e qualidade do contributo dos pais na cena doméstica e no cuidado dos filhos.

3.2 Quantidade e qualidade do trabalho e envolvimento paterno – Aqui interessa perceber se existe impacto da quantidade, qualidade e natureza do trabalho do pai no envolvimento paterno (Perry-jenkins, Repetti e Crouter, 2000; cit. in Parke, 2002). Vários estudos sugerem que pais que trabalham mais horas estão menos envolvidos com os filhos relativamente aos pais que trabalham menos horas (Coltrane, 1996; NICHD Early Child Care Network, 2000; cit. in Parke, 2002). E pais alvo de maior pressão nos seus empregos estão menos ligados à paternidade. Experiências de emprego positivas tendem a melhorar a qualidade da paternidade, a alta satisfação no trabalho leva a mais autonomia e envolvimento nas tarefas de casa (Grossman, Pollack & Golding, 1988; cit. in Parke, 2002).

Como vimos o envolvimento entre pai e feto na gravidez acontece de forma indireta e é mediado por diversos fatores que o tornam multideterminado e devem ser tidos em conta no processo (Camarneiro, 2011).

Vários têm sido os estudos que encontram correlações significativas entre vinculação pré-natal paterna, satisfação conjugal, sintomatologia ansiosa e depressiva na gravidez (Parke, 1996; cit. in Parke, 2002), como tal são essas as quatro variáveis abordadas neste trabalho.

1.1. Vinculação Pré-natal paterna

O termo vinculação teve origem no século XIX com Bowlby (Gonçalves, 2013) que o definiu como sendo um comportamento inato que permite manter ou estabelecer a proximidade afetiva entre o bebé e o progenitor ou cuidador. A vinculação consiste na primeira relação do bebé é um laço afetivo privilegiado entre bebé e progenitores que servirá de modelo para futuras relações (Gonçalves, 2013). Todo o comportamento que vise proximidade, segurança e suporte é considerado um comportamento de vinculação (Guedeney, 2004; cit. in Gonçalves, 2013). Quando falamos em vinculação pré-natal, falamos de um vínculo afetivo com um bebé que ainda não nasceu (Freitas et al., 2007).

Para Sá (2004) a vinculação nos humanos é um processo que se dá ao longo de toda a vida em 3 etapas distintas: vinculação pré-natal (durante a

gravidez) inclui representações do bebê fantasmático fruto das fantasias infantis de cada progenitor e do bebê imaginário que expressa as fantasias e a imaginação do casal; a vinculação perinatal (durante e pós-parto) é influenciada pelo parto e pelo confronto entre o bebê imaginário e o real; por último, a vinculação pós-natal consiste na capacidade responder e compreender as necessidades do filho.

Após o conhecimento da gravidez os progenitores começam a criar uma imagem mental e inconsciente daquele que será o futuro bebê (Raphael-Leff, 1997; cit. in Piccinini et al., 2009), essas representações com atributos e características definidas são designadas de bebê imaginário e constituem um tipo de interação comunicativa entre progenitores e bebê (Piccinini et al., 2009) onde há a tentativa de tornar o feto num ser mais familiar, mais íntimo e próximo (Szejer & Stewart, 1997; cit. in Piccinini et al., 2009). O bebê imaginário é ainda a tentativa de explicar as expectativas e representações infantis de ambos os progenitores (Piccinini et al., 2009) e estas influenciam a interação do pai com o bebê (Zornig, 2010). A literatura sugere algumas estratégias facilitadoras da criação de laços pré-natais entre pai-bebê, a primeira estratégia é o contacto táctil com a barriga da companheira que facilita a criação da imagem mental do feto, a participação nas ecografias é também um momento que coloca pai e mãe no mesmo patamar, ambos observam a mesma imagem ao mesmo tempo e é comprovado que a partir do momento em que veem o bebê os pais tornam-se mais responsáveis por ele (Piontelli, 2000; cit. in Piccinini et al., 2009).

Em 1993 John Condon identificou duas dimensões que compõem a vinculação pré-natal: a qualidade da experiência afetiva, que diz respeito às experiências de proximidade ou distância, ternura ou irritação, ideia do feto como pessoa ou como coisa, sentimentos positivos ou negativos. A segunda dimensão é a quantidade ou intensidade da vinculação que está ligada à quantidade de tempo despendido pelos pais a interagir com o feto ou a pensar sobre ele (Gomez & Leal, 2007). Condon (1993) identificou também quatro estilos de vinculação pré-natal: vinculação forte ou saudável; qualidade de vinculação positiva e baixa preocupação; não envolvido, envolvido de modo

ambivalente e com baixa preocupação; ansioso, ambivalente e com baixa preocupação. O primeiro ponto refere os pais preocupados, próximos do feto que demonstram amor, Camarneiro e Justo (2010) identificaram este tipo de vinculação em 37,7% dos pais. O segundo ponto respeita os pais que apresentam uma vinculação positiva, mas despendem de menos tempo para as experiências da vinculação, no mesmo estudo de Camarneiro e Justo (2010) os pais apresentam 19,8%. O terceiro estilo são os pais não envolvidos ou envolvidos de forma ambivalente e com preocupação baixa, são pais que não apresentam muito tempo para estar envolvidos e não experienciam sentimentos positivos relativamente à vinculação, com uma percentagem de 28,3% (Camarneiro & Justo, 2010). Por último, o quadro ansioso ou ambivalente com baixa preocupação diz respeito aos pais que são preocupados com o feto, mas demonstram pouco afeto, caracterizado pelo desinteresse. Com uma percentagem de 14,15% (Camarneiro & Justo, 2010).

Nas últimas décadas a importância da vinculação pré-natal entre pai-filho tem sido crescente e os pais desenvolvem cada vez mais uma relação precoce com seu filho (Piccinini et al., 2004; Piccinini et al., 2009). Para demonstrar isso, Camarneiro e Justo (2010) desenvolveram um estudo para avaliar a vinculação dos progenitores (pai e mãe) ao feto, para tal selecionaram 212 casais, primíparos e múltiparos, todos no segundo trimestre de gestação. No estudo era avaliada a qualidade da vinculação paterna e a intensidade da preocupação/tempo despendido à vinculação. Os autores concluíram que homens mais jovens estavam mais vinculados em ambas as dimensões, pais primíparos tinham maior nível na vinculação global e na intensidade e preocupação, sendo que na qualidade da vinculação não se encontraram diferenças (Camarneiro & Justo, 2010). O planeamento da gravidez foi considerado uma variável de interesse para a vinculação pré-natal e qualidade da vinculação, em ambos os sexos (Camarneiro & Justo, 2010).

O facto da mulher sofrer as transformações físicas e dar à luz continua a ser uma característica que limita a criação do vínculo entre pai-bebé (Piccinini et al., 2009), pois estes têm muito poucas oportunidades para explorar os seus sentimentos pré-natais (Pincus & Dare, 1987; cit. in Jager & Bottoli, 2011) cabe

então à mulher o papel de incentivadora para que o homem se torne mais envolvido, interessado, que se ligue emocionalmente ao bebê e dê mais apoio e suporte à companheira (Staudt & Wagner, 2008).

1.2. Sintomatologia psicológica paterna associada à gravidez

É geral pensar-se que os efeitos psicológicos e físicos da gravidez são somente sentidos pelas mulheres mas as últimas décadas têm-nos mostrado que isso não é verdade (Leplante, 1991; cit. in Matos, 2012) a gravidez é um processo que pode ter impactos físicos, psicológicos e sociais no homem expectante (Camarneiro, 2011; Matos, 2012). Como já referimos nos pontos anteriores, para o futuro pai a gestação acarreta diferentes significados, transformações e responsabilidades. Com diferentes maneiras de viver e fantasiar a chegada do bebê, o que leva muitas vezes a sentimentos ambivalentes que podem ir da alegria e felicidade à tristeza e estranheza com a nova fase (Bronholdt & Wagner, 2005). As alterações de comportamento e humor da companheira são motivos que levam a que esta fase possa ser vivida como conflituosa para o homem (Freitas et al., 2007). “Ainda que desejado pelo homem, feliz em ser pai, o nascimento se anuncia e é vivido num clima emocional que varia segundo o tempo e os indivíduos; cada homem reage à sua maneira” (This, 1987; cit. in Gomes & Resende, 2004, pp. 122).

Nos últimos trinta anos estudou-se muito as perturbações psicológicas durante a gestação, atualmente os estudos centram-se mais nas perturbações do humor, baseadas nas bruscas mudanças vividas pelo homem e pela mulher durante a gravidez (Jolley & Spach, 2008; cit. in Camarneiro, 2011). Apesar de nesta fase alguns homens poderem ter sintomas ou alterações físicas, como o síndrome de couvade (Camarneiro, 2011; Matos, 2012), a maioria dos sintomas são psicológicos e emocionais como a ansiedade e depressão. Segundo Baptista (2000) existem duas dimensões da afetividade, a positiva e a negativa, dentro desta última encontra-se a ansiedade, a depressão, entre outros afetos com valência negativa. A ansiedade e a depressão tendem a surgir correlacionadas pois partilham o sentimento de mal-estar, contudo diferenciam-se pela sua ativação.

Os fatores que influenciam este tipo de sintomatologia nos pais expectantes ainda não são bem conhecidos, mas sabe-se que estes sintomas estão negativamente relacionados com um conjunto de fatores como a satisfação conjugal (Dush, Taylor & Kroeger, 2008; cit. in Biehle & Mickelson, 2011).

De seguida iram ser apresentados os quadros típicos da ansiedade e da depressão.

1.2.1. Ansiedade

A ansiedade caracteriza-se por ser um dos quadros mais comuns no período gestacional (Camarneiro, 2011) e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) mais de 260 milhões de pessoas sofrem de transtornos ansiosos (World Health Organization, 2012). Este processo emocional surge de uma interpretação de perigo (real ou não) (Carteiro & Marques, 2010; Silva, 2012) e consiste numa resposta normal e adaptativa do organismo, é um comportamento que pode ser expresso de várias formas e intensidades (Lucas & Freitas, 2017) e representa um comportamento defensivo perante a ameaça (Baptista, 2000). De acordo com Hallstrom & McClure (2000; Cit. in Airosa & Silva, 2013) a perturbação ansiosa caracteriza-se por preocupações irrealistas e/ou excessivas de circunstâncias da vida, esta condição é sempre acompanhada por sintomas físicos que podem ser passageiros ou prolongados no tempo.

A ansiedade é considerada pelo DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) uma perturbação que consiste numa preocupação excessiva acerca de um acontecimento por pelo menos seis meses e deve ser acompanhada de três dos seguintes sintomas adicionais: agitação, fadiga, dificuldades de concentração, irritabilidade, distúrbios de sono e tensão muscular. Como referido anteriormente a ansiedade tem uma função adaptativa mas pode tornar-se um distúrbio patológico quando interfere com o quotidiano da pessoa (Silva, 2012), neste nível patológico a ansiedade pode apresentar três níveis de resposta: o nível cognitivo, a pessoa interpreta grande parte das situações como uma ameaça e imagina os piores cenários para todas as situações; a nível comportamental, movimenta os membros e as mãos de forma ansiosa, fala com alguma dificuldade; e a nível fisiológico dá-se a ocorrência de palpitações,

tremores, músculos tensos, sudação aumentada, náuseas e respiração ofegante (Joyce-Moniz, 1993; Pereira, 2007; cit. in Silva, 2012) (Lucas & Freitas, 2017).

O ser humano tem a capacidade de sentir ansiedade através da recordação de acontecimentos ameaçadores ou desagradáveis e da representação do presente ou futuro como algo perigoso (Odriozola, 2001; cit. in Lucas & Freitas, 2017).

A gravidez é vista como um período comum de ansiedade para o homem (Krob et al., 2009), há a antecipação de um futuro incerto, a perda de papéis sociais, as preocupações que virão com a nova fase e as dificuldades económicas que poderão surgir, não é de estranhar que período perinatal seja recheado de manifestações ansiosas (Gonçalves, 2013)

Gonçalves (2013) afirma que elevados níveis de ansiedade podem dificultar a transição para a parentalidade. Alguns pais ao saberem da gravidez começam a antecipar as mudanças e dificuldades, nomeadamente financeiras, da fase que se aproxima, a ansiedade dos futuros pais é muitas vezes demonstrada pela crescente preocupação acerca das questões financeiras (Piccinini et al., 2004). Numa tentativa de combater essas dificuldades o homem sente-se pressionado a dar mais de si no local de trabalho, ou até a arranjar um segundo emprego para aumentar o rendimento familiar (Piccinini et al., 2004). Esta sobrecarga laboral vai culminar com o afastamento do homem do lar, da companheira e conseqüentemente do feto, para Parke (1996; cit. in Piccinini et al., 2004) esta situação é sinal da preocupação e ansiedade sentida pelo pai relativamente à mudança.

Várias são as investigações que sustentam a hipótese de que os níveis de ansiedade paterna aumentam durante a gravidez e que este aumento depende de uma série de fatores, como por exemplo, o facto da relação conjugal (de duas pessoas) passar para uma relação a três (Tavares, 2012).

Um estudo elaborado por Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco e Costa (2009) mostrou que a ansiedade-estado é mais elevada nas mulheres grávidas do que nos seus companheiros e que em ambos os géneros detêm uma configuração de U, mostrou também que os homens, pais pela primeira vez (primíparos) apresentam maior nível ansioso no primeiro trimestre contrariamente aos pais

multíparos que se sentem mais ansiosos no último trimestre. O ser pai pela primeira vez é um maior desafio à capacidade de adaptação do homem o que faz com o que período de transição e adaptação seja ainda mais stressante (Condon & Esuvaranathan, 1990; cit. in Gonçalves, 2013). Teixeira et al. (2009) concluiu que o primeiro e o último trimestre da gravidez são os que geram maior nível de ansiedade nos pais expectantes.

Contudo os estudos continuam a demonstrar que os homens apresentam sintomatologia menos acentuada do que as mulheres durante a gravidez (Teixeira et al., 2009).

1.2.2. Depressão

De acordo com a OMS a depressão afeta mais de 350 milhões de pessoas mundialmente, é uma doença transversal a todas as idades, géneros, grupos socioeconómicos, raciais e étnicos (Macedo, Pereira, & Marques, 2014) e é uma das patologias que mais causa incapacidade ao indivíduo (Camarneiro, 2011; World Health Organization, 2012). A OMS considera-a como um problema de saúde pública tendo em conta três critérios: ser comum, ser tratável e cada vez mais comum em toda a população (Tylee & Walters, 2005; cit. in Macedo et al., 2014)

Com base no DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) para o diagnóstico depressivo major é necessário o reconhecimento de pelo menos cinco dos nove sintomas: tristeza persistente, perda de interesse, insónia ou hipersónia, alterações de apetite, agitação ou retardação motora, perda de energia, sentimentos de culpa ou inutilidade, fadiga, dificuldades de concentração e tentativa ou ideação suicida. Os sintomas devem estar presentes ao longo de duas semanas e não podem ser justificados por outra patologia ou toma de substâncias psicoativas.

A depressão é reconhecida como uma doença onde o pensar, o sentir e o agir são fortemente afetados, pessoas deprimidas tendem a apresentar poucos níveis de atividade (Widlocher, 2001; cit. in Airosa & Silva, 2013).

É comum que durante o processo de gravidez possam surgir de forma ligeira estados depressivos e apáticos, devido a todas as transformações e alterações que estão inerentes ao processo e que causam bastante stress aos

envolvidos (Tavares, 1990). Os estudos até então realizados com homens apontam para a presença de risco aumentado para uma perturbação depressiva (Areias, Kumar, Barros & Figueiredo, 1996; Ballard & Davis, 1996; Ballar et al., 1994; Matthey et al., 2000; cit. in Figueiredo 2004). Apesar do DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) não reconhecer a existência de depressão pré-natal os estudos das últimas décadas têm mostrado que ela é uma realidade (Camarneiro, 2011). Na literatura disponível acerca do tema pode encontrar-se algumas condições que facilitam a depressão durante a gravidez, como por exemplo, condições económicas desfavoráveis, baixo nível educacional, historial de depressão, assim como de outra doença psiquiátrica (Figueiredo et al., 2007; cit. in Camarneiro, 2011), pouco apoio social, relações conjugais débeis e/ou destruídas (Figueiredo et al., 2007; Gaugue-Finot et al., 2010; cit. in Camarneiro, 2011), ansiedade e conflitos com membros da família (Camarneiro, 2011).

Num estudo realizado por Areias, Kumar, Barros & Figueiredo, 1996; Ballard & Davis (1996; cit. in Figueiredo, 2004) observou-se que a depressão paterna ocorre mais frequentemente quando há historial da doença no passado e quando há sintomas de depressão da esposa no decorrer da gravidez, como tal os autores sugeriram que a depressão masculina surge como consequência da depressão da mulher grávida.

Num estudo realizado nos EUA por Field et al., (2006) observou-se que a depressão paterna variou até 26% nas amostras dos homens que vivenciavam uma gravidez normal e nos homens cujas mulheres se encontravam deprimidas estes valores variavam entre os 24% e os 50%. Para este autor homens e mulheres apresentam níveis de depressão bastante idênticos. Field et al., (2006) concluíram num estudo com pais e mães deprimidos/as e não deprimidos/as que: os pais deprimidos apresentam níveis mais elevados de ansiedade e depressão relativamente aos não deprimidos; não há diferença significativa entre homens e mulheres deprimidos; e a depressão paterna apresenta menos efeito na mulher do que o efeito que a depressão materna apresenta no homem, logo os homens são mais deprimidos e ansiosos, pois vivem de forma mais intensa a depressão da companheira.

Para Figueiredo (2004) a forma como cada membro do casal vive a transição para a parentalidade influencia o modo como o outro membro a vive também, exemplo disso é que quando o pai deprime após a gravidez é provável que a mãe tenha deprimido no decorrer da gestação e vice-versa.

Tendo em conta os diversos artigos analisados é viável concluir que no homem existe uma forte co-morbilidade entre a perturbação ansiosa e depressiva durante a gravidez (Brites, 2016). Numa revisão de literatura, Leach (2015; cit. in Brites, 2016) observou que ambas as desordens são comuns ao longo da gravidez, variando entre os 4,1% e os 16%. Ainda segundo o mesmo autor (Brites, 2016) podemos afirmar que a ansiedade durante a gravidez é mais investigada comparativamente à depressão, sendo este um tema pouco explorado.

De seguida será apresentada a última variável deste trabalho a satisfação conjugal na gravidez paterna, que segundo diversos autores está intimamente ligada com as variáveis descritas anteriormente.

1.3. Satisfação conjugal e gravidez paterna

Com a gravidez as modificações acontecem em quase todos os campos da vida dos progenitores, com tal também a vida familiar passa por uma enorme abalo levando muitas vezes à redução da satisfação conjugal (Silva & Figueiredo, 2005). O relacionamento conjugal é um processo sempre em movimento e pode ser avaliado através da satisfação do casal e contempla aspetos como a comunicação entre casal, demonstrações de afeto, atividades sociais, diferenças de valores, compatibilidade e satisfação sexual (Tavares, 1990).

A conjugalidade é composta por dimensões públicas e privadas, mas com o início da gravidez dá-se no espaço privado uma invasão do espaço social e familiar, obrigando a que o casal realize uma nova reorganização das relações, sociais, familiares e conjugal (Zornig, 2010). A literatura demonstra que a entrada neste processo é um momento vulnerável para o casal e pode levar à emergência ou agravamento de conflitos conjugais (Silva & Figueiredo, 2005). Para que isto não aconteça as preocupações e pensamentos de cada um devem ser partilhados (Carteiro e Marques, 2010), assim a relação torna-se mais

estável, sólida e profunda, observando-se apoio mútuo entre o casal, aumento da confiança e da proximidade (Colman & Colman, 1994). Segundo Piccinini et al., (2004) os pais mais envolvidos com a gravidez e com a companheira estão mais dispostos a responder às suas necessidades e a compreendê-las aumentando assim a felicidade do casal. Percebe-se então que o relacionamento conjugal positivo na gravidez é muito importante, mas tem sido comprovado que a satisfação do relacionamento diminui durante a gravidez (Heyde, DeLamater Shibley, Plant & Byrd, 1996; Sydow, 1998; cit. in Silva & Figueiredo, 2005).

A maioria dos investigadores deste tema relatam que o desejo sexual e a frequência do ato sexual tende a diminuir ao longo de toda a gravidez (Silva & Figueiredo, 2005). Master e Johnson (1968; cit in. Carteiro & Marques, 2010; Silva & Figueiredo 2005) estudaram 69 casais ao longo da gravidez e demonstraram haver menos iniciativa sexual por parte dos companheiros a partir do 2º trimestre de gestação.

Apesar das investigações nesta área estarem a progredir, os estudos atuais são ainda muito poucos (Silva & Figueiredo, 2005). Contudo os resultados dos estudos existentes levam-nos a acreditar que existe uma diminuição do interesse e atividade sexual dos parceiros assim como da satisfação conjugal na gravidez (Silva & Figueiredo, 2005).

Uma outra limitação encontrada na literatura é que a maioria dos estudos da temática estão focados na mulher, havendo uma escassez de estudos que investiguem a satisfação conjugal na visão do homem (Bornhoudt & Wager, 2005; Gonçalves, 2013).

Capítulo II - Conceptualização do estudo empírico

1. Objetivos e hipóteses do estudo

Este estudo tem como objetivo principal estudar a sintomatologia ansiosa e depressiva nos homens em processo de gestação, assim como a satisfação conjugal e a vinculação pré-natal paterna.

Neste estudo, colocámos as seguintes hipóteses de investigação:

H1: No 1º e 3º trimestre de gestação existe maior sintomatologia ansiosa e depressiva nos homens grávidos, quando comparado com o 2º trimestre;

H2: A satisfação conjugal é inferior no 3º trimestre de gravidez;

H3: A vinculação pré-natal é mais elevada no 2º e 3º trimestre da gestação;

H4: Quanto maior a sintomatologia ansiosa e depressiva menor a satisfação conjugal;

H5: Quanto maior a sintomatologia ansiosa e depressiva menor a vinculação pré-natal;

H6: Quanto menor a satisfação conjugal menor o nível de vinculação pré-natal;

H7: Os homens primíparos apresentam maior satisfação conjugal e vinculação pré-natal do que os homens múltíparos.

2. Metodologia

2.1. Caracterização da amostra

A amostra utilizada é de tipo não probabilístico de conveniência e é composta por 62 homens portugueses cujas companheiras estão grávidas. Os participantes apresentam idades compreendidas entre os 21 e os 53 anos, tendo uma média de 33,68 anos e um desvio-padrão de 5,62. Relativamente às variáveis sociodemográficas 51,6% dos inquiridos é casado, 25,8% encontra-se em união de facto e 22,6% são solteiros. A idade das companheiras varia entre os 17 e os 45 anos com uma média de 31,73 anos e um desvio-padrão de 5,76. No que diz respeito à duração dos relacionamentos apresentam uma média de 112,73 meses e um desvio-padrão de 74,06. Dos inquiridos 51,6% não tem filhos, 45,2% tem um filho e 1,6% tem dois filhos. Uma percentagem de 87,1%

dos homens afirmaram que a atual gravidez foi planeada por ambos os elementos do casal e 11,3% afirmam que a gravidez atual não tinha sido planeada. Relativamente ao facto de a gravidez ser ou não desejada, 96,7% afirmam que foi desejada por ambos os elementos. Dos inquéritos analisados constatou-se que a média dos meses de gestação é de 5,81, o desvio-padrão de 2,16 e varia entre os 2 e os 9 meses de gestação.

Tabela 1
Caracterização da amostra (n=62)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Idade ¹	21	53	33,68	5,618
Idade companheiro ¹	17	45	31,73	5,755
Duração do relacionamento ²	9	276	112,73	74,064
Tempo que levou a engravidar* ²	0	48	5,509	8,3122
Meses de gestação ²	2	9	5,81	2,156
		N	%	
Estado Civil				
Casado		32	51,6	
União de Facto		16	25,8	
Solteiro		14	22,6	
Quantos Filhos tem				
Não tem filhos		32	51,6	
Tem 1 filho		28	45,2	
Tem 2 filhos		1	1,6	
Tem 3 ou mais filhos		1	1,6	
Gravidez desejada**				
Por ambos		59	96,7	
Só pela mãe		1	1,6	
Não		1	1,6	
Gravidez planeada **				
Por ambos		54	88,5	
Não		7	11,5	
Trimestres gestação				
1º		12	19,4	
2º		22	35,5	
3º		28	45,2	
Antecedentes depressão				
Não		56	90,3	
Sim		6	9,7	
Antecedentes Ansiedade				
Não		56	90,3	
Sim		6	9,7	
Toma Medicação Psiquiátrica				
Não		58	93,5	

Sim, ansiolíticos	1	1,6
Sim, antidepressivos	2	3,2
Sim, ambos	1	1,6

*n= 58

**n=61

¹= Valor apresentado em anos

²= Valor apresentado em meses

2.2.Instrumentos

Esta avaliação é constituída por duas partes distintas. A primeira consiste na caracterização sociodemográfica da amostra e a segunda parte consiste na avaliação da amostra através de escalas válidas para cada uma das variáveis.

Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico (anexo I) desenvolvido para esta investigação é composto por questões acerca de cada participante, como por exemplo a idade, a nacionalidade e outras questões que permitam recolher alguma informação acerca da relação conjugal, da gravidez e da história psicopatológica do indivíduo.

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

A EADS (Escala de Ansiedade Depressão e Stress) (anexo II) consiste numa adaptação da *Depression Anxiety Stress Scales*, desenvolvida em 1995 por Lovibond e Lovibond e validada para a população portuguesa pelos autores Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004). Inicialmente era composta por 42 itens mas mais tarde foi construída a versão reduzida com 21 itens. Esta é dividida em três subescalas, ansiedade, depressão e stress cada uma delas é constituída por sete itens (Pais-Ribeiro et al., 2004). À subescala da depressão correspondem os itens: 3-5-10-13-16-17-21; na subescala da ansiedade encontram-se os itens: 2-4-7-9-15-19-20; por último, da subescala do stress fazem parte os itens:1-6-8-11-12-14-18 (Pais-Ribeiro, et al., 2004).

O instrumento é de auto-preenchimento. Os sujeitos devem avaliar a experiência de cada sintoma com referência à semana anterior, existem quatro possibilidades de resposta, numa escala tipo *Likert*, de 0 – “não se aplicou nada a mim” a 3 – “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. Para obter os resultados de cada subescala devem somar-se os valores dos sete itens

correspondentes. As notas da escala variam entre 0 e 21, sendo que notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos.

De acordo com os estudos realizados pelos autores da validação a escala global apresenta uma boa consistência interna com um α de Cronbach de ,93, a escala da ansiedade tem um α de Cronbach de ,74, a escala da depressão tem ,85 de α de Cronbach e a escala do stress tem um α de Cronbach de ,81 (Pais-Ribeiro, Honrado e Leal 2004). Relativamente à nossa amostra os resultados da consistência interna apresentam-se de seguida na Tabela 2.

Tabela 2
Consistência Interna EADS-21

	Alfa de Cronbach
Escala Global	,93
Ansiedade	,86
Depressão	,75
Stress	,90

Escala de Vinculação Pré-natal - EVPN

Para avaliar a vinculação pré-natal utilizou-se a *Antenatal Emotional Attachment Scale – AEAS*, na sua versão portuguesa Escala de Vinculação Pré-natal (Figueiredo, Leal & Maroco, 2010) (anexo III). A escala inicial desenvolvida por Condon (1993) visava medir a variável tendo em conta duas dimensões: a Qualidade da vinculação, que se refere aos conceitos de proximidade/distância, ternura/irritação, sentimentos positivos/sentimentos negativos; a Intensidade que se refere à preocupação do pai com as necessidades do feto, a sua proteção, o desejo de o conhecer e interagir com ele (Condon, 1993; Figueiredo, et al., 2010). Este instrumento é composto pela versão materna e pela paterna, tendo-se utilizado nesta investigação apenas a versão paterna. Relativamente à qualidade da vinculação correspondem oito itens (1,2,3,6,7,9,11,12,13 e 16), à intensidade da vinculação correspondem seis itens (4,5,8,10,14 e 15), os itens 6 e 13 não estão relacionados com nenhuma das duas dimensões. Relativamente aos itens invertidos, temos: 1,3,5,6,7,8,12,13,15. (Figueiredo et al., 2010). Cada uma das 16 afirmações inclui cinco possibilidades de resposta para completar a afirmação. Os itens são respondidos numa escala tipo Likert de 5 pontos onde pontuação mais alta indica vinculação mais positiva.

A versão original (Condon, 1993) apresentou um α de Cronbach de ,83 para a versão paterna, também o estudo de adaptação à língua portuguesa de Figueiredo et al. (2010) obteve uma boa consistência interna com um α de Cronbach na versão paterna de ,81 (Figueiredo et al., 2010). No nosso estudo os valores do α de Cronbach encontram-se na Tabela 3.

Tabela 3
Consistência Interna EVPN

	Alfa de Cronbach
Qualidade da vinculação	,76
Intensidade da vinculação	,68
Escala Global	,82

Escala de Ajustamento Diádico

A Escala de Ajustamento Diádico (*DAS- Dyadic Adjustment Scale*), foi desenvolvida em 1976 por Spanier e adaptada e aferida à população portuguesa (anexo IV) por Gomez e Leal (2008). A escala tem como objetivo medir a qualidade da relação conjugal e para tal está organizada em quatro dimensões: Consenso (do item 1 ao 15) - questões financeiras, atividades recreativas e formas de lidar com familiares; Satisfação (do 16 ao 23 e 31 e 32) - baixa frequência de conflitos e avaliação globalmente positiva da relação e do futuro da mesma; Coesão (item 24 a 28) - elevada frequência de interações positivas e atividades partilhadas, como por exemplo rirem em conjunto ou terem uma troca de ideias estimulante; Expressão de Afeto (item 29 e 30) - elevada concordância em questões relacionadas com demonstração de afeto e relações sexuais.

A versão final é composta por 32 itens, 30 cotados numa escala tipo *Likert* com 5 a 7 opções de resposta que varia entre “sempre em desacordo” e sempre em acordo”, a maioria dos itens tem seis opções de resposta que são cotadas de 0 a 5 e 2 itens são de resposta “sim” ou “não”.

No estudo original Spanier (1976; Cit. in Gomez & Leal,2008) as subescalas tiveram um bom nível de consistência interna com um α de Cronbach entre os ,73 e ,94, e ,96 para a escala global. No estudo de Gomez e Leal (2008) a análise fatorial demonstrou bom ajustamento, com um α de Cronbach de ,85 para o consenso, de ,83 para a satisfação, de ,72 para a coesão, para a expressão de afeto ,66 e de ,90 para a

escala global (Gomez & Leal, 2008). Relativamente à amostra do nosso estudo, os valores da consistência interna apresentam-se na Tabela 4.

Tabela 4
Consistência Interna DAS (n=60)¹

	Alfa de Cronbach
Consenso	.91
Satisfação	.72
Coessão	.64
Expressão de afeto	.62
Escala Global	.91

¹= 2 valores omissos

2.3. Procedimento

A recolha de dados foi realizada através de um contacto e acordo prévio com a direção da clinica *Ovarium* – clínica de ginecologia e obstetrícia, LDA (Anexo V), que visa o diagnóstico obstétrico e o rastreio ginecológico. A entrega dos questionários procedeu-se de duas formas: por contacto direto da investigadora, que entregou ao pai grávido ou à companheira grávida os instrumentos explicando o objetivo do estudo. A outra forma foi com o auxílio da médica e diretora clínica do local que se encarregou de distribuir e explicar o objetivo do estudo. Os participantes poderiam preencher os instrumentos no local, tendo como limitação a disponibilidade de tempo, ou então levar o instrumento para casa, a ser entregue na clinica posteriormente, procedimento este que levou a que muitos questionários não tivessem sido entregues.

Foram cumpridos todos os princípios éticos inerentes a este tipo de investigação com a assinatura do consentimento informado (Anexo VI), cada participante foi informado que a sua colaboração era de cariz voluntário, mantendo-se o anonimato e confidencialidade as informações, qualquer dúvida poderia ser esclarecida com a investigadora e a recusa na participação era livre.

2.4. Procedimento de Análise de dados

Para organização, sistematização e tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 23.0).

Numa primeira fase do estudo, analisámos a estatística descritiva da amostra com apresentação em quadros de frequências, medidas de tendência central e medidas de dispersão ou variabilidade.

Antes de se dar início à análise dos dados foi realizado um estudo de normalidade, tendo em conta o tamanho da amostra (> 30 inquiridos), recorreu-se ao teste *Kolmogorov-Smirnov* com a correção de *Lilliefors* (Tabela 5). Verificou-se que apenas a escala EVPN e a subescala Coesão cumpriam o pressuposto da normalidade ($p > 0,05$), sendo que as restantes dimensões e escalas assumiam o pressuposto da não normalidade da amostra. Aliado ao reduzido tamanho da amostra ($n=62$), recorreu-se à utilização de testes não paramétricos, nomeadamente *Kruskal-wallis* e o Coeficiente de Correlação de *Spearman* para estudar as hipóteses de investigação de acordo com as características das variáveis.

Assumimos como nível de significância $\alpha=0,05$, rejeitando-se a hipótese nula se $p < 0,05$.

Tabela 5

Resultado do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors para aferir a normalidade (n=62)

	Estatística	P
Escala Vinculação Pré-Natal	,11	,08
Escala de Ajustamento Diádico	,15	,00
Subescala Consenso	,13	,01
Subescala Satisfação	,16	,00
Subescala Coesão	,11	,06
Subescala Expressão de afeto	,44	,00
EADS – Ansiedade	,23	,00
EADS – Depressão	,24	,00
EADS – Stress	,20	,00

3. Apresentação dos Resultados

Neste capítulo apresenta-se a análise dos resultados através dos quais se pretende dar resposta às hipóteses colocadas. Primeiro será apresentada uma análise descritiva sobre cada um dos instrumentos utilizados e a distribuição dos resultados, numa segunda fase examina-se os resultados relacionando-os com as hipóteses em estudo.

3.1. Análise descritiva dos instrumentos

3.1.1. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

Tabela 6
Estatística descritiva EADS-21

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Ansiedade	0	19	3,08	3,99
Depressão	0	12	1,61	2,25
Stress	0	19	4,31	4,36

3.1.2. Escala de Vinculação Pré-Natal

Tabela 7
Estatística descritiva EVPN-21

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Qualidade da vinculação	28	50	43,29	4,51
Intensidade da vinculação	10	28	19,39	4,19

3.1.3. Escala de Ajustamento Diádico

Tabela 8
Estatística descritiva DAS

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Consenso	29	72	62,05	7,75
Satisfação	26	45	39,63	3,29
Coesão	10	23	16,65	3,59
Expressão de afeto	0	2	1,60	,66

3.2. Estudo das hipóteses

H1: No 1º e 3º trimestre de gestação existe maior sintomatologia ansiosa e depressiva nos homens grávidos, quando comparado com o 2º trimestre;

Para testagem da H1 a amostra total foi reagrupada em três grupos de acordo com o trimestre de gestação em que cada participante se encontrava: 1º trimestre (n=12); 2º trimestre (n= 22) e 3º trimestre (n=28).

Recorrendo ao teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* (Tabela 9) verificou-se que a ansiedade (χ^2 KW (2) = 5,08; p= 0,08; n=62) e a depressão (χ^2 KW (2) =2,42;p=0,30;n=62) não apresentam diferenças estatisticamente significativas. Já o stress apresenta um efeito estatisticamente significativo entre os trimestres (χ^2 KW (2) = 6,94; p= 0,03; n=62).

Ao realizar-se a comparação múltipla das médias, a categoria de stress é estatisticamente significativa entre o 1º e o 3º trimestre de gestação, havendo segundo os dados uma diminuição significativa do stress no decorrer da gravidez.

Contudo a nossa hipótese não se verificou uma vez que nem a ansiedade nem a depressão mostraram diferenças.

Tabela 9

Sintomatologia psicológica segundo os trimestres de gestação, com recurso ao teste Kruskal-Wallis (n=62)

Sintomatologia Psicológica	Trimestres de gestação	n	χ^2	P	Mediana	Média posts	Comparação múltipla de médias das ordens				
							1vs2	2vs3	1vs3		
Ansiedade	1º trimestre	12	5,08	,08	4,50	41,67					
	2º trimestre	22					2,00	28,14	-	-	-
	3º trimestre	28					2,00	29,79			
Depressão	1º trimestre	12	2,42	,30	2,00	38,46					
	2º trimestre	22					1,00	29,84	-	-	-
	3º trimestre	28					1,00	29,82			
Stress	1º trimestre	12	6,94	,03	7,50	43,71					
	2º trimestre	22					3,00	29,11	-	-	*
	3º trimestre	28					3,00	28,14			

p<0,05

H2 - A satisfação conjugal é inferior no 3º trimestre de gravidez;

Para testar a segunda hipótese realizou-se novamente a reagrupação da amostra de acordo com os três trimestres de gestação: 1º trimestre (n=11); 2º trimestre (n= 22) e 3º trimestre (n=24).

Recorrendo, novamente ao teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* (Tabela 10) verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas na

satisfação conjugal do homem ao longo dos três trimestres de gestação, rejeitando-se assim a hipótese colocada.

Tabela 10
Satisfação Conjugal segundo os trimestres de gestação, com recurso ao teste Kruskal-Wallis (n=57)

	Trimestres de gestação	n	χ^2	p	Mediana	Média postos	Comparação múltipla de médias das ordens		
							1vs2	2vs3	1vs3
Satisfação Conjugal	1º trimestre	11			120,00	25,23			
	2º trimestre	22	,72	,70	122,00	30,16	-	-	-
	3º trimestre	24			122,50	29,67			
DAS-Consenso	1º trimestre	11			61,00	26,18			
	2º trimestre	22	,94	,63	64,00	30,55	-	-	-
	3º trimestre	27			65,00	32,22			
DAS-Satisfação	1º trimestre	12			39,50	25,17			
	2º trimestre	22	3,62	,16	38,50	27,82	-	-	-
	3º trimestre	26			41,00	35,23			
DAS-Coesão	1º trimestre	12			16,50	28,17			
	2º trimestre	22	3,90	,14	17,50	36,27	-	-	-
	3º trimestre	26			16,00	26,69			
DAS-Expressão de afeto	1º trimestre	12			2,00	35,54			
	2º trimestre	22	1,85	,40	2,00	32,50	-	-	-
	3º trimestre	28			2,00	28,98			

p<0,05

H3- A vinculação pré-natal é mais elevada no 2º e 3º trimestre da gestação;

Nesta hipótese utilizou-se novamente o teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* e verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas na vinculação pré-natal ao longo dos três trimestres de gestação (Tabela 11).

Tabela 11

Vinculação Pré-Natal paterna segundo os trimestres de gestação, com recurso ao teste Kruskal-Wallis (n=62)

EVPN	Trimestres de gestação	n	χ^2	p	Mediana	Média postas	Comparação múltipla de médias das ordens		
							1vs2	2vs3	1vs3
Vinculação Pré-Natal	1º trimestre	12	2,28	,32	60,00	24,46	-	-	-
	2º trimestre	22			63,50	32,98			
	3º trimestre	28			64,00	33,36			
EVPN- Intensidade vinculação	1º trimestre	12	2,48	,29	17,50	25,54	-	-	-
	2º trimestre	22			19,50	30,30			
	3º trimestre	28			20,50	35,00			
EVPN- Qualidade vinculação	1º trimestre	12	3,19	,20	43,00	23,88	-	-	-
	2º trimestre	22			45,50	35,36			
	3º trimestre	28			43,50	31,73			

p<0,05

H4- Quanto maior a sintomatologia ansiosa e depressiva menor a satisfação conjugal;

A quarta hipótese do estudo pretende verificar se à alteração na satisfação conjugal dos homens grávidos tendo em conta a sintomatologia ansiosa e depressiva. Para verificar tal hipótese, utilizou-se a correlação de *Spearman* que expressa a intensidade e o sentido da relação monótona que existe entre duas variáveis contínuas, os valores variam entre -1 e +1 e não é necessário que a relação entre as variáveis seja linear, basta que as duas sequências evoluam no mesmo sentido (Faísca, 2010). O estudo da associação das nossas variáveis revelou que:

- Ansiedade correlaciona-se moderada e negativamente (Franzblau, 1958; cit. in Faísca, 2010) com a escala DAS ($r = -0,46$; $p < 0,05$), o que indica que níveis mais elevados de ansiedade se associam a níveis mais baixos de satisfação conjugal do homem. Tendo em conta as várias subescalas do DAS percebe-se que a ansiedade correlaciona-se de forma negativa e fraca com a subescala Consenso ($r = -0,39$; $p < 0,05$) e a subescala Coesão ($r = -0,29$; $p < 0,05$). Por outro lado há uma correlação negativa moderada e significativa entre a

ansiedade e a subescala da Satisfação ($r = -0,46$; $p < 0,05$) (Tabela 12), o que significa que sempre que a sintomatologia ansiosa aumenta a satisfação conjugal, no geral e nas subescalas diminui.

-Depressão correlaciona-se fraca e negativamente com a satisfação conjugal ($r = -0,39$; $p < 0,05$), o mesmo acontece com para as subescalas Consenso ($r = -0,41$; $p < 0,05$); Satisfação ($r = -0,32$; $p < 0,05$); Coesão ($r = -0,28$; $p < 0,05$) (Tabela 12).

A dimensão do stress foi a que apresentou uma correlação negativa mais elevada com a satisfação conjugal ($r = -0,54$; $p < 0,05$), apesar de ser apenas uma correlação negativa moderada (Tabela 12).

H5- Quanto maior a sintomatologia ansiosa e depressiva menor a vinculação pré-natal;

A quinta hipótese pretende verificar se a sintomatologia ansiosa e depressiva se encontra relacionada com as dimensões da vinculação pré-natal paterna ao feto. Para verificar tal pressuposto utilizou-se novamente a correlação de *Spearman*. E verificou-se que:

-A sintomatologia ansiosa não se encontra correlacionada significativamente com a vinculação pré-natal, nem com nenhuma das subescalas da mesma (Qualidade e Intensidade) (Tabela 12), não estando assim, relacionada com a vinculação pré-natal paterna.

-Por outro lado, a sintomatologia depressiva encontra-se correlacionada de forma negativa e fraca com a vinculação pré-natal ($r = -0,34$; $p < 0,05$). Relativamente às subescalas Qualidade e Intensidade a correlação também é negativa e fraca ($r = -0,33$; $p < 0,05$) e ($r = -0,27$; $p < 0,05$), respectivamente (Tabela 12).

Podemos, assim, concluir que somente a sintomatologia depressiva apresenta correlação significativa inversa, ainda que fraca, com a vinculação pré-natal, o que significa que quando há mais sintomas de depressão a vinculação pré-natal ao feto é afetada negativamente.

H6- Quanto menor a satisfação conjugal menor o nível de vinculação pré-natal;

Esta sexta hipótese tem como objetivo verificar se a variável satisfação conjugal se encontra relacionada com a dimensão de vinculação pré-natal, apresenta pelos pais. Para tal procedeu-se ao mesmo teste das hipóteses anteriores, a correlação de *Spearman* (Tabela 12). Verificou-se que a satisfação conjugal e a vinculação pré-natal se correlacionam positiva e significativa ($r=0,55$; $p<0,05$) de forma moderada, ou seja, a satisfação conjugal influencia a vinculação pré-natal paterna e vice-versa.

No que diz respeito às subescalas podemos constatar que a satisfação conjugal está positiva e significativamente correlacionada com a qualidade e intensidade da vinculação ($r=0,46$; $p<0,05$) e ($r=0,52$; $p<0,05$), respetivamente, de forma moderada.

H7- Os homens primíparos apresentam maior satisfação conjugal e vinculação pré-natal do que os homens múltiparos.

Para investigar a variação dos resultados em função da variável sociodemográfica (se havia mais filhos ou não) utilizamos o teste não paramétrico *U Mann-Whitney*.

Os resultados do referido teste (Tabela 13) indicam que a intensidade da vinculação é significativa ($Z=-2,41$; $p=0,02$), demonstrando assim que os homens primíparos (*Mean Rank*=36,83) apresentam uma intensidade de vinculação mais elevado do que os homens múltiparos (*Mean Rank*= 25,82).

Como está indicado na Tabela 13 houve ainda a subescala satisfação da satisfação conjugal que se mostrou significativa ($Z=-2,22$; $p=0,03$), sendo que também aqui os pais primíparos apresentaram *Mean Rank* mais elevado (*Mean Rank*= 35,29) do que os pais múltiparos (*Mean Rank*=25,38).

Todas as outras variáveis do estudo não apresentaram resultados significativos na comparação de pais primíparos e múltiparos.

Tabela 12*Correlação de Spearman entre variáveis em estudo (n=62).*

	Total EVPN	EVPN Qualidade	EVPN Intensidade	Total DAS	DAS Consenso	DAS Satisfação	DAS Coesão	DAS expressão de Afeto
EVPN Intensidade	0,91*	0,54*						
Total DAS	0,55*	0,46*	0,52*					
DAS Consenso	0,48*	0,44*	0,41*					
DAS Satisfação	0,27*	0,25	0,26*					
DAS Coesão	0,35*	0,26*	0,34*					
DAS expressão de Afeto	0,11	0,06	0,15					
Ansiedade	-0,19	-0,21	-0,13	-0,46*	-0,39*	-0,46*	-0,29*	-0,15
Depressão	-0,34*	-0,33*	-0,27*	-0,39*	-0,41*	-0,32*	-0,28*	-0,15
Stress	-0,10	-0,13	-0,05	-0,54*	-0,54*	-0,41*	-0,25	-0,16

*p<0.05.

Tabela 13

Resultados do U Mann-Whitney na comparação de grupos (Primíparos e múltíparos) com as variáveis em estudo

		n	Mediana	Média postos	Z	p
Total EVPN	Primíparo	32	65,50	34,58	-1,39	,17
	Múltiparo	30	62,50	28,22		
EVPN- Qualidade	Primíparo	32	44,00	30,97	-,24	,81
	Múltiparo	30	44,00	32,07		
EVPN- Intensidade	Primíparo	32	20,50	36,83	-2,41	,02*
	Múltiparo	30	17,50	25,82		
Tota DAS	Primíparo	29	124,00	32,00	-1,39	,17
	Múltiparo	28	120,50	25,89		
DAS-Consenso	Primíparo	31	64,00	31,18	-,31	,76
	Múltiparo	29	64,00	29,78		
DAS- Satisfação	Primíparo	31	41,00	35,29	-2,22	,03*
	Múltiparo	29	39,00	25,38		
Das-Coesão	Primíparo	31	17,00	33,06	-1,18	,24
	Múltiparo	29	16,00	27,73		
DAS- Expressão de afeto	Primíparo	32	2,00	33,70	-1,23	,22
	Múltiparo	30	2,00	29,15		

EADS- Ansiedade	Primíparo	32	2,50	32,02	-,24	,81
	Múltiparo	30	2,00	30,95		
EADS- Depressão	Primíparo	32	1,00	30,58	-,44	,66
	Múltiparo	30	1,00	32,48		
EADS-Stress	Primíparo	32	3,00	30,94	-,26	,80
	Múltiparo	30	3,50	32,10		

*p<0.05.

4. Discussão dos resultados

Após a apresentação dos resultados, torna-se necessário discutir e refletir acerca dos dados mais relevantes e significativos do estudo.

Começando pela sintomatologia psicológica avaliada neste estudo, ansiedade e depressão, percebeu-se que as diferenças da sintomatologia ao longo dos três trimestres não são significativas, ou seja, não houve muitas alterações sintomatológicas relativamente ao trimestre de gestação em que os participantes se encontravam. Contudo a comparação entre os grupos permite verificar que a ansiedade no 1º trimestre (*Mead Rank* = 41,67) é mais elevada do que a ansiedade no 2º trimestre (*Mead Rank*= 28,14) e no 3º trimestre observa-se um ligeiro aumento da ansiedade (*Mead Rank*= 29,79).

Como refere (Piccinini et al., 2004) ao ter conhecimento da gestação e ao começar a antecipar as mudanças, o homem tende a sentir-se mais pressionado o que sustenta o facto de a ansiedade ser mais elevada no 1º trimestre. Apesar dos nossos dados não serem significativos, eles vão ao encontro do observado no estudo de Teixeira et al., (2009) onde a ansiedade é mais elevada no 1º trimestre decresce no 2º e volta a aumentar no 3º trimestre, apresentando uma configuração de U. A justificar estes resultados temos ainda os estudos realizados por Colman e Colman (1994) que apontam que o segundo trimestre da gestação é a fase emocionalmente mais tranquila.

Tal como na ansiedade, também na sintomatologia depressiva as diferenças encontradas entre os trimestres não são significativas. Mas verificou-

se que o 1º trimestre é aquele onde a sintomatologia depressiva é mais elevada (*Mead Rank*= 38,46) sendo o 2º e o 3º trimestre muito idênticos (*Mead Rank*= 29,84) e (*Mead Rank*= 29,82), respectivamente. Como refere Tavares (1990) é comum surgirem estados ligeiros de depressão devido a todas as transformações e alterações vividas. Estes dados vão também ao encontro do referido por Brites (2016) de que existe uma forte co-morbilidade entre a perturbação ansiosa e depressiva durante a gravidez, no homem, sendo que os nossos dados parecem também ir nesse sentido.

O stress foi a variável com menos atenção no nosso estudo devido ao facto de não ser considerado um transtorno psicológico pelo DSM-5. De acordo com Vaz-Serra (2007) o stress é composto por reações emocionais e cognitivas a possíveis ameaças e a desafios do dia-a-dia, é então considerado um desequilíbrio entre as exigências externas e a capacidade de resposta do individuo. Segundo Deater-Deckard (2002; cit. in Baião 2009) o stress específico da parentalidade denomina-se stress parental e tem em conta a reação do pai face às novas exigências do momento. Esta foi a única medida do nosso estudo que se apresentou significativa nos três trimestres. Concluiu-se que os homens têm variações no stress ao longo da gravidez, nomeadamente no 1º e 3º trimestre, sendo o 1º trimestre o mais afetado (*Mean Rank*= 43,71) e o 3º trimestre o menos afetado (*Mean Rank*= 28,14). Como demonstrado por Brites (2016) o 1º trimestre representa a viragem para uma nova fase, novas mudanças, novos desafios e com isto surge no homem a dúvida do que aí vem e das suas próprias capacidades, surgindo assim, momentos de stress. Com o passar do tempo, com a adaptação à nova fase e a todas as exigências por ela imposta, observa-se no homem uma diminuição do stress o que nos leva a concluir que o avançar da gravidez é vivido de forma mais tranquila para o homem, havendo uma adaptação positiva desde ao processo parental em que se encontra.

Relativamente à satisfação conjugal do homem concluiu-se também que não há diferenças significativas ao longo dos diferentes trimestres da gestação, mas observando os resultados podemos verificar que é no primeiro trimestre que surge a satisfação conjugal mais baixa (*Mean Rank*= 25,23), aumentando no

segundo trimestre (*Mead Rank*= 30,16) e voltando a decrescer no último trimestre (*Mean Rank*= 29,67). O que está de acordo com Heyde, DeLamater Shibley, Plant & Byrd, 1996, Sydow, 1998 (cit. in Silva & Figueiredo, 2005), que afirmam que a satisfação conjugal tende a diminuir durante a gravidez, notando-se uma diminuição do interesse e da atividade sexual dos parceiros, assim como da satisfação conjugal na gravidez (Silva & Figueiredo, 2005).

É importante frisar que os estudos acerca desta temática são escassos e os que existem estão centrados na visão da mulher e na atividade sexual do casal, desvalorizando o homem e outras dimensões da relação conjugal (diálogo, o apoio mútuo, demonstrações de afeto) que podem ser uma mais valia para os estudos.

No que diz respeito à vinculação pré-natal, também não encontramos diferenças significativas entre os trimestres. Contudo, através da observação dos resultados verifica-se um aumento na vinculação pré-natal ao longo dos três trimestres: 1º (*Mead Rank*= 24,26); 2º(*Mead Rank*=32,98); 3º(*Mead Rank*= 33,36). Significa isto, que à medida que o homem toma conhecimento da gravidez começa a sonhar, idealizar e criar a imagem mental daquele que será o futuro bebé (Raphael-Leff, 1997; cit. in Piccinini et al., 2009), como refere Piccinini et al., (2009) essas representações são um tipo de interação comunicativa entre pai-feto. Com o avanço da gravidez a barriga cresce, o feto começa a mexer e isso começa a ser visível ao progenitor, a interação entre pai-feto vai aumentando e com isto aumenta a vinculação ao bebé. Torna-se importante salientar que quando falamos e apresentamos os dados da vinculação pré-natal paterna temos sempre de ter em conta que durante a gestação a vinculação entre pai-feto é mediada pela grávida, pelo que se a grávida não permitir e se o ambiente envolvente do casal não estimular a presença paterna na gestação esta vinculação pode ser deficiente.

Os dados do nosso estudo sugerem que existe uma correlação positiva entre a vinculação pré-natal paterna e o relacionamento conjugal. Ambas as subescalas da vinculação pré-natal (qualidade e intensidade) se correlacionam de forma significativa com a satisfação conjugal e com as suas três subescalas (Consenso, Satisfação e Coesão), sendo que a quarta subescala Expressão de

afeto não se relacionada com a vinculação pré-natal. Isto sugere-nos que uma maior quantidade de tempo a sonhar e a pensar no bebé leva a mais vinculação entre pai-feto e isto está associado a níveis mais elevados de satisfação conjugal e vice-versa. Como refere Condon (2006) a qualidade da relação conjugal e o bem-estar emocional do pai são um pilar fundamental para a criação de uma relação entre pai-filho.

Relativamente à sintomatologia ansiosa esta não se mostra correlacionada com a vinculação pré-natal nem como nenhuma das subescalas que a compõem. Tal como refere também, Rodríguez et al., (2004) a sintomatologia depressiva correlaciona-se de forma negativa com a vinculação pré-natal, ou seja, quando estão presentes sintomas depressivos no homem existe uma diminuição da vinculação pré-natal, ou seja, do tempo que o homem passa a pensar, sonhar e interagir com o bebé.

A ansiedade correlaciona-se negativamente com a satisfação conjugal, assim como com as subescalas, o mesmo acontece com a depressão e também o stress, que se relaciona somente com duas subescalas da satisfação conjugal. Com isto podemos concluir que quando estão presentes sintomas emocionais negativos o homem apresenta uma menor satisfação conjugal, assim como menos consenso com a companheira, menos satisfação com a relação e menos coesão. Somente a subescala expressão de afeto não se correlaciona com nenhuma das outras dimensões avaliadas no estudo.

Relativamente à comparação de grupos efetuada no estudo entre homens primíparos e homens múltiparos observou-se que somente uma subescala da vinculação pré-natal (Intensidade da vinculação) e uma subescala da satisfação conjugal (Satisfação) eram significativas tendo em conta o grupo. Relativamente à intensidade da vinculação pré-natal, homens primíparos apresentaram valores mais elevados (*Mean Rank*=36,83) relativamente a homens múltiparos (*Mean Rank*=25,82) o que significa que os homens que vão ser pais pela primeira vez estão mais preocupados com o bebé, com as suas necessidade e necessidades da grávida, há maior sentimento de proteção e de desejo de participar (Camarneiro, 2011). Estes dados vão ao encontro dos dados de Gomez e Leal (2007) que revelam que pais primíparos tendem a ter maior

vinculação do que pais múltiparos. A excitação, o contentamento da nova fase faz com os pais primíparos tenham maior vinculação (Loresen et al., 2004 cit. in Gonçalves, 2013) e aqueles que já foram pais já viveram a experiência que é ver um filho nascer (Camarneiro, 2011).

Também a subescala satisfação da satisfação conjugal mostrou diferenças significativas entre homens primíparos e múltiparos, os primíparos apresentam-se mais satisfeitos conjugalmente (*Mean Rank*=35,29) do que homens múltiparos (*Mean Rank*=25,38), concluímos que os homens que vivem a primeira gravidez apresentam menos conflitos conjugais, ou pelo menos conflitos pouco intensos, têm uma avaliação global da relação mais positiva e acreditam mais no futuro daquela relação, fazendo com que se sintam mais satisfeitos conjugalmente.

Somente a subescala da qualidade da vinculação se mostrou mais elevada nos homens múltiparos (*Mean Rank*=32,07) comparando com os primíparos (*Mean Rank*=30,97) isto significa que homens que já têm filhos apresentam uma maior qualidade no tipo de vinculação que estabelecem com o feto, ou seja, primam os sentimentos positivos, o amor, a ternura a proximidade emocional com o feto. Já os primíparos apresentam uma vinculação mais intensa e mais presente.

Neste estudo os pais primíparos apresentaram níveis de ansiedade mais elevados (*Mean Rank*=32,02) do que os pais múltiparos (*Mean Rank*=30,95) o que é congruente com os resultados obtidos por Teixeira et al. (2009). Esta ansiedade diferença, que não é significativa pode dever-se a algo abordado anteriormente, o facto de o homem primíparo estar perante uma situação desconhecida que traz consigo um turbilhão de novas exigências e responsabilidades e por isso o homem que vive a primeira gravidez expressa mais ansiedade comparativamente ao pai que já tem outros filhos, pois aqui a situação já não é novidade, o homem já sabe o que se aproxima com este processo pois já o viveu anteriormente.

Relativamente ao stress o nosso estudo vai de encontro aos resultados de Condon e Esuvaranathan (1990; cit. in Camarneiro, 2011) onde os homens que vão ser pais pela primeira vez apresentam menos níveis de stress (*Mean*

Rank=30,94) quando comparados com pais que já têm outros filhos (*Mean Rank*=32,10). Os autores do estudo atribuíram o facto de haver maior stress nos homens que já têm filhos devido às exigências do meio tal como dificuldades em lidar com o outro filho, dificuldades financeiras, entre outras. Estes resultados podem ligar-se ao facto do relacionamento conjugal ser também mais positivo nos pais primíparos, ou seja, menos níveis de stress mais satisfação entre o casal.

Pais primíparos apresentam maior qualidade no geral do relacionamento conjugal (*Mean Rank*=32,89) do que pais múltiparos (*Mean Rank*=25,89). Os primíparos vêm a sua relação mais consensual, ou seja, a opinião de ambos os membros do casal está em concordância tanto a nível familiar, financeiro e de atividades de diversão (Primíparo: *Mean Rank*=31,18; Múltiparo: *Mean Rank*=29,78), existe mais coesão conjugal de acordo com os homens primíparos (Primíparo: *Mean Rank*=33,06; Múltiparo: 27,73) há mais interações positivas entre o casal, também existe partilha de atividades e ideias. Também a expressão de afeto que inclui a concordância relativa à demonstração de afeto e práticas sexuais é mais elevada nos homens que não têm filhos (Primíparo: *Mean Rank*=33,70; Múltiparo: *Mean Rank*=29,15) tal como a satisfação (Primíparo: *Mean Rank*=35,29; Múltiparo: *Mean Rank*=25,38), que significa a existência de poucos conflitos. Contudo o facto de não encontrarmos diferenças significativas entre primíparos e múltiparos no que diz respeito à satisfação conjugal, pode-nos indicar que os homens dos dois grupos até vêm a gravidez e o relacionamento conjugal com a companheira de forma relativamente equivalente (Gonçalves, 2013).

Mas como já foi referido anteriormente, o tornar-se pai, seja ela a primeira, segunda ou décima vez exige sempre uma reorientação e reorganização do significado da vida (Colman & Colman, 1994).

É de salientar que o instrumento utilizado para avaliar a sintomatologia ansiosa e depressiva não é específico da parentalidade, nem do processo de gravidez, Jager e Bottoli (2011) referem a escassez de material em psicologia sobre os sentimentos do homem na gravidez e parentalidade.

5. Conclusão do estudo

Neste último ponto do trabalho será formulada a conclusão e serão também apresentadas as limitações e implicações deste trabalho para a prática da psicologia. A presente dissertação é uma investigação acerca da sintomatologia ansiosa e depressiva durante a gravidez e a forma como esta sintomatologia influencia a satisfação conjugal e a vinculação pré-natal ao feto numa amostra composta por homens durante o período de gestação.

Como está explícito na revisão teórica, ao longo dos anos tem-se verificado alterações socio-culturais a todos os níveis (Cia, et al., 2005), como tal também o papel do pai tem sofrido mudanças, assumindo hoje um papel diferente do passado (Balancho, 2004; Bornholdt et al., 2007). O pai tem agora uma participação mais ativa em todos os aspetos que envolvem o seu filho e demonstra mais interesse pela gestação (Balancho, 2004). Esta nova forma de se envolver na vida familiar fez com que houvesse mais interesse em estudar e perceber a função do homem na parentalidade. Percebemos que os homens não apresentam níveis elevados de ansiedade durante a gravidez, o mesmo acontecendo com os sintomas depressivos. A nível da satisfação conjugal verificou-se que ao longo da gravidez o homem apresenta um aumento da satisfação do seu relacionamento, mas essa satisfação tende a diminuir ligeiramente na fase final da gravidez, contudo não é um aumento significativo. Existe também uma correlação negativa entre a ansiedade e a satisfação conjugal.

Relativamente à vinculação pré-natal concluímos que esta é influenciada pela sintomatologia depressiva e também pela satisfação conjugal. A vinculação pré-natal apresenta-se sempre em crescimento ao longo dos três trimestres, mostrando que ao longo dos meses os homens se vão vinculando mais ao feto (Piccinini et al., 2009; Piccinini et al., 2004). E à medida que a sintomatologia ansiosa e depressiva baixam a vinculação pré-natal aumenta, o que significa que homens menos deprimidos e ansiosos se encontram mais vinculados ao feto.

Os resultados encontrados vão na sua generalidade, de encontro ao que afirma a literatura consultada. Contudo algumas limitações metodológicas podem ser apontadas. Primeiramente a natureza voluntária da participação na

investigação pode levar a um viés da seleção, sendo que aqueles que concordaram em participar poderão ser aqueles que se sentem mais envolvidos e com emoções mais agradáveis acerca da gestação. Observaram-se também limitações resultantes dos procedimentos de recolha de dados, que levou a que não tenha sido possível recolher muitos dos questionários entregues. O facto das medidas de avaliação não serem específicas ao processo de gravidez e de parentalidade pode ter constituído um entrave à investigação. Por fim como última limitação do estudo apresentamos o facto de o estudo não ser um estudo longitudinal ao longo dos três trimestres da gestação e o facto de a amostra não estar dividida de igual forma entre homens que sofriam de transtornos ansiosos e depressivos antes da gravidez e homens que não sofriam qualquer tipo de transtornos. O que iria dar resultados mais sólidos da forma como a gravidez e os diferentes momentos da gestação influenciam cada homem nos três trimestres.

Apesar de todas as limitações, consideramos que foram cumpridos todos os objetivos propostos. A presente investigação torna-se pertinente por contribuir para a importância da atitude masculina acerca da parentalidade e mais especificamente acerca da gravidez. Apesar de se notar cada vez mais uma atitude facilitadora da sociedade relativamente à adaptação do papel de pai, isto ainda não é geral e podendo acontecer que tanto a família como a própria companheira não conseguem integrar o homem no processo, colocando-o de parte.

Também os cuidados de saúde devem ser facilitadores, criando condições para integrar o pai em todos os momentos. Devem inclusive sensibilizar a companheira da importância da presença ativa do pai, da importância do estabelecimento de vinculação durante a gravidez e também do papel catalisador da mulher neste processo. Para tal poderia haver a formação de grupos de apoio nos cuidados de saúde destinados ao casal grávido (Centros de Saúde, maternidades) onde se pudesse discutir estes temas e a sua importância e onde homens e mulheres pudessem esclarecer dúvidas e trocar opiniões. Figueiredo (2004) defende a implementação de programas de intervenção

aquando o início da gravidez, no sentido de facilitar a adaptação do casal no momento de transição.

Em futuras investigações achamos pertinente a realização de estudos longitudinais com amostras mais representativas, que associem estas e outras variáveis psicológicas (por exemplo: transtornos psicóticos, transtornos obsessivo-compulsivos) vinculação pré-natal, o que permitiria compreender de outra forma como as variáveis afetam a percepção da gravidez.

Referências Bibliográficas

- Airosa, S., & Silva, I. (2013). Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stress e suporte social na maternidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14, 64-77. Retirado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v14n1/v14n1a05.pdf>
- Almeida, A. (2013). *Envolvimento Paterno e memórias de infância em pais de crianças com idades entre os 5 e os 10 anos*. (Tese de Mestrado). Universidade de Lisboa. Lisboa, Portugal. Retirado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9713/1/ulfpie044722_tm.pdf
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 "Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais"*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Baião, R. D. M. (2009). Stress parental e prematuridade. (Tese de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa. Portugal.
- Balancho, L. S. (2004). Ser pai: Transformações intergeracionais na paternidade. *Análise Psicológica*, 2, 377-386.
- Balancho, M. L. (2001). O novo papel do pai na educação dos filhos: Coparentalidade e diferenciação. (Tese de Mestrado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa, Portugal. Retirado de: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/335>
- Baptista, A. (2000). Perturbações do medo e da ansiedade: uma perspectiva evolutiva e desenvolvimental. In I. Soares (Eds). *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Bayle, F. (2005). A Parentalidade. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade*, (pp. 317-346). Lisboa: Fim de Século.
- Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Biehle, S. N., & Mickelson, K. D. (2011). Preparing for parenthood: How feelings of responsibility and efficacy impact expectant parents. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28, 668-683. doi:10.1177/0265407510385493

- Bornholdt, E., & Wagner, A. (2005). A gravidez à luz da perspectiva paterna: aspectos relativos à transgeracionalidade. In A. Wagner (Eds), *Como se perpetua a família? A transmissão dos modelos familiares*, (pp. 81-93). Porto Alegre:Artes Médicas.
- Bornholdt, E., Wagner, A., & Staudt, A. C. (2007). A vivência da gravidez do primeiro filho à luz da perspectiva paterna. *Psi.Clin.*, 19, 75-92. Retirado em: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v19n1/06.pdf>
- Brites, T. (2016). *Depressão Pós-Parto Paterna: Família em Risco*. (Tese de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.
- Camarneiro, A. P. (2011). *Vinculação pré-natal e organização psicológica do homem e da mulher durante a gravidez: relação com o tipo de parto e com a patologia obstétrica dos II e III trimestres de gestação*. (Tese de Douturamento), Universidade de Lisboa. Lisboa, Portugal.
- Camarneiro, A. P., & Justo, J. (2010). Padrões de vinculação pré-natal. Contributos para a adaptação da Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale em casais durante o segundo trimestre de gestação na região Centro de Portugal. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 28, 7-22.
- Canavarro, M. C. (2001) (Ed.). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. Em I. Leal, *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 225-255). Lisboa: Editora Fim de Século.
- Carteiro, D., & Marques, A. M. (2010). Os homens e a gravidez. *Caderno de Sexologia*, 3, 67-76.
- Cia, F., Williams, L. C., & Aiello, A. L. (2005). Influências paternas no desenvolvimento infantil: Revisão de Literatura-Relacionamento Pai-Filho. *Psicologia Escolar e Educacional*, 9, 225-233. Retirado em: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v9n2/v9n2a05.pdf>

- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2007). Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. *Análise Psicológica*, 3, 381-398. Retirado em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v25n3/v25n3a06.pdf>
- Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 2, 167-183.
- Condon, J. T. (2006). What about dad? Psychosocial and mental health issues for new fathers. *Australian Family Physician*, 35(9), 690-692.
- Deave, T., & Johnson, D. (2008). The transition to parenthood: what does it mean for fathers? *Journal of advanced Nursing*, 63, 626-633. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04748.x
- Decreto Lei nº 91/ 2009, de 9 de Abril de 2009. *Diário da República*. Regime Jurídico da Parentalidade.
- Erikson, E. H. (1972). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar
- Estêvão, A., (1995). Fantasias paternas no último trimestre da gravidez. *Análise Psicológica*, 1, 195-202.
- Faísca, L. (2010). Modelar relações entre variáveis quantitativas: seminários de métodos e análise de dados, (p.11). Universidade do Algarve. Portugal..
- Ferreira, A. C. (2014). O Envolvimento do pai durante a gravidez: um estudo exploratório. (Tese de Mestrado). Universidade do Porto. Porto, Portugal.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Deeds, O., Contogeorgos, J., & Ascencio, A. (2006). Prenatal paternal depression. *Infant Behavior & Development*, 29, 579-583. doi:10.1016/j.infbeh.2006.07.010
- Figueiredo, B. (2004). Psicopatologia da maternidade e paternidade. *Revista População e Sociedade*, 12, 83-102. Retirado em: <http://www.cepesepublicacoes.pt/portal/pt/obras/populacao-e-sociedade/revista-populacao-e-sociedade-no-12/psicopatologia-da-maternidade-e-paternidade>

- Figueiredo, I., Leal, I., & Maroco, J. (2010). Escala de vinculação pré-natal. In I. Leal & J. Maroco (Eds). *Avaliação em sexualidade e parentalidade*, (pp. 225-242). Porto: Livpsi.
- Freitas, W. M., Coelho, E. A., & Silva, A. T. (2007). Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. *Caderno Saúde Pública*, 23, 137-145. Retirado em: <https://pdfs.semanticscholar.org/7b7a/339d021138bdc975aa5d20b10e37abcc9f.pdf>
- Freitas, W., Silva, A., Coelho, E., Guedes, R., Lucena, K., & Costa, A. (2009). Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 85-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000100011>.
- Gabriel, M. R., & Dias, A. C. (2011). Pareções sobre a paternidade: descrevendo a si mesmo e o próprio pai como pai. *Estudos de Psicologia*, 16(3), 253-261. Retirado em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v16n3/07.pdf>
- Garcês, M. M. (2011). Vivências da figura paterna no trabalho de parto e nascimento no processo de transição para a parentalidade. (Tese Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal.
- Gomes, A. J., & Resende, V. R. (2004). O Pai Presente: O desvelar da Paternidade em Uma Família Contemporânea. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 119-125. Retirado em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722004000200004>.
- Gomez, R., & Leal, I. (2007). Vinculação parental durante a gravidez: Versão portuguesa da forma materna e paterna da antenatal emocional attachment scale. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(2), 153-165. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa, Portugal.
- Gomez, R. & Leal, I. (2008). Ajustamento Conjugal: Características psicométricas da versão portuguesa da Dyadic Adjustment Scale. *Análise Psicológica*, XXIV(4), 625-638.
- Gonçalves, R. (2013). Vinculação paterna ao feto: ansiedade e percepção da qualidade do relacionamento conjugal. (Tese de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa. Braga, Portugal.

- Jager, M., & Bottoli, C. (2011). Paternidade: vivência do primeiro filho e mudanças familiares. *Psicologia: Teoria e Prática*, 13(1), 141-153. Retirado em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v13n1/v13n1a11.pdf>
- Krob, A., Piccinini, C. A., & Silva, M. R. (2009). A transição para a paternidade: da gestação ao segundo mês de vida do bebê. *Psicologia Universidade de São Paulo*, 20(2), 269-291. Retirado em: <http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/42000/45668>
- Levandowski, D. C., & Piccinini, C. A. (2006). Expectativas e sentimentos em relação à paternidade entre adolescentes e adultos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(1), 17-28. Retirado em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722006000100003>.
- Lewis, C., & Dessen, M. A. (1999). O pai no contexto familiar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 15(1), 9-16. Retirado em: <http://periodicos.unb.br/index.php/revistaptp/article/view/20600/14673>
- Lucas, C., & Freitas, C. (2017). *Ansiedade e Pânico Guia prático de intervenção*. Livpsic. Porto. Portugal.
- Macedo, A., Pereira, A., & Marques, M. (2014). Psiquiatria Perinatal - Perspectiva histórica e aspetos nosológicos. Em A. Macedo, & A. Pereira, *Saúde Mental Perinatal* (pp. 3-25). Lidel - edições técnicas, LDA.
- Martins, C. A. (2013). A Transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem. (Dissertação de Douturamento). Universidade de Lisboa. Lisboa, Portugal.
- Matos, D. C. (2012). Contributos para a compreensão da vivência da gravidez no masculino - A Couvade. (Tese de Mestrado). Universidade Católica. Porto, Portugal.
- Menezes, C. (2001). A relação conjugal na transição para a parentalidade: da gestação ao segundo ano de vida do bebê. (Tese de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS)

de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.

- Parke, R. D. (2002). Fathers and Families. Em M. H. Bornstein, *Handbook of Parenting* (2ª ed.). (pp. 27-73). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Parke, R. D., Dennis, J., Flyr, M. L., Morris, K. L., Leidy, M. S., & Schofield, T. J. (2005). Fathers: Cultural and Ecological Perspectives. Em T. Luster , & L. Okagaki (Edits.), *Parenting - An Ecological Perspective* (pp. 103-144). University of California, Riverside: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Pereira, M. R.F. (2005). O sexo depois do sexo - A sexualidade durante a gravidez. (Tese de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa, Portugal.
- Piccinini, C. A., Levandowski, D. C., Gomes , A. G., Lindenmeyer, D., & Lopes, R. S. (2009). Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. *Estudos de Psicologia*, 26(3), 373-382. Retirado em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n3/v26n3a10.pdf>
- Piccinini, C. A., Silva, M. R. , Gonçalves, T. R., Lopes, R. S., & Tudge, J. (2004). O Envolvimento Paterno durante a Gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 303-314. Retirado em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722004000300003>.
- Relvas, A. P. (2004) - O ciclo vital da família: perspectiva sistémica. 3a ed. Porto: Edições Afrontamento.
- Rodríguez, A. R., Pérez-López, J., & Nuez, A. G. (2004). La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las madres e padres tempranos. Un estudio preliminar. *Anales de Psicología*, 20(1),95-102.
- Sá, E. (2004). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Edições Fim de Século.
- Silva, A. I., & Figueiredo, B. (2005). Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clínica*, 25(3),253-264. Retirado em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4720/1/SEXUALIDADE%20NA%20GRAVIDEZ.pdf>

- Silva, S. (2012). Vinculação Materna durante e após a Gravidez: Ansiedade, Depressão, Stress e Suporte Social. (Tese de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa. Porto, Portugal.
- Staudt, A. C., Wagner, A. (2008). Paternidade em tempos de mudança. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10 (1), 174-185. Retirado em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v10n1/v10n1a13.pdf>
- Sutter, C., & Bucher-Maluschke, J. N. (2008). Pais que cuidam dos filhos: a vivência masculina na paternidade participativa. *Psico*, 39(1), 74-82. Retirado em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1488/2799>
- Tavares, A. (2012). Vivência da gravidez após o acompanhamento num serviço de medicina de reprodução. (Tese de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa. Porto, Portugal.
- Tavares, L. (1990). Depressão e Relacionamento Conjugal durante a Gravidez e o Pós-Parto. *Análise Psicológica*, 4, 389-398. Retirado em: http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2907/1/1990_4_389.pdf
- Teixeira, M. C. (2006). Tornar-se pai: um estudo acerca de homens que são pais pela primeira vez. (Tese de Mestrado). Universidade de Lisboa. Lisboa, Portugal.
- Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., & Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders*, 119, 142-148. Doi: 10.1016/j.jad.2009.03.005
- Torres, A. (2004). *Vida conjugal e trabalho – uma perspectiva sociológica*. Oeiras: Celta Editores.
- Vaz-Serra A. (2007). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: G.C. Gráfica de Coimbra, Lda.
- World Health Organization. (s.d.). <http://www.who.int/es/>. Obtido em 16 de novembro de 2017
- Zornig, S. (2010). Tornar-se pai, tornar-se mãe: O processo de construção da parentalidade. *Tempo Psicanalítico*, 42, 453-470. Retirado em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v42n2/v42n2a10.pdf>

Anexos



Questionário de Dados Socio- Demográficos

Nas questões deste questionário não há respostas certas nem erradas, elas destinam-se a obter informações acerca do pai, para a investigação. Pede-se apenas que responda de forma sincera. É garantida toda a confidencialidade e anonimato dos dados.

1. Idade: _____ anos.

2. Nacionalidade: _____.

3. Distrito: _____.

4. Estado Civil:
Solteiro
Casado
União de facto
Divorciado
Separado
Viúvo

5. Idade da companheira/esposa: _____ anos.

6. Duração do relacionamento _____ meses.

7. Tem mais filhos?

Sim

Se sim, quantos: _____.

Não

8. A atual gravidez foi desejada?

Só pela mãe

Só pelo pai

Por ambos

Não

9. A atual gravidez foi planeada?

Só pela mãe

Só pelo pai

Por ambos

Não

10. Quanto tempo levou até conseguirem engravidar: _____ meses.

11. Tempo de gestação: _____ meses.

12. Tem antecedentes de Depressão?

Sim

Se sim, há quanto tempo: _____ anos.

Não

13. Tem antecedentes de Ansiedade?

Sim

Se sim, há quanto tempo: _____ anos.

Não

14. Medicação psiquiátrica:

Sim

Se sim, Ansiolíticos

Não

Antidepressivos

Anexo II

EADS-21

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0,1,2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

0-não se aplicou nada a mim

1-aplicou-se a mim algumas vezes

2-aplicou-se a mim muitas vezes

3-aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1 Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2 Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3 Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4 Tive dificuldade em respirar	0	1	2	3
5 Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
6 Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7 Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8 Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9 Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10 Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11 Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12 Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13 Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14 Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15 Senti dificuldade em relaxar	0	1	2	3
16 Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17 Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18 Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19 Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20 Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21 Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

Anexo III

Escala de Vinculação Pré-Natal – Versão Paterna

(Condon, 1993; Figueiredo, Leal & Maroco, 2008)

Este instrumento permite avaliar os níveis de vinculação do pai ao feto. Responda, por favor, às seguintes perguntas, assinalando (com um X) uma das cinco alternativas.

1. Nas últimas 2 semanas, tenho pensado ou tenho estado preocupado com o bebé:

- quase sempre
- muito frequentemente
- frequentemente
- ocasionalmente
- nunca

2. Nas últimas 2 semanas, quando falei ou pensei no bebé senti emoções que foram:

- muito fracas ou inexistentes
- moderadamente fracas
- entre fortes e fracas
- moderadamente fortes
- muito fortes

3. Nas últimas 2 semanas, os meus sentimentos sobre o bebé têm sido:

- muito positivos
- sobretudo positivos
- um misto de positivos e negativos
- sobretudo negativos
- muito negativos

4. Nas últimas duas semanas, tenho tido o desejo de ler ou obter informação sobre o bebé. Esse desejo é:

- muito fraco ou inexistente
- moderadamente fraco
- nem forte nem fraco
- moderadamente forte
- muito forte

5. Nas últimas 2 semanas, tenho tentado imaginar como é o bebé na barriga da minha mulher:

- quase sempre
- muito frequentemente

- frequentemente
 - ocasionalmente
 - nunca
6. Nas últimas 2 semanas, penso no bebê sobretudo como:
- uma pessoa pequena e real com características especiais
 - um bebê como qualquer outro
 - um ser humano
 - um ser vivo
 - um ser que ainda não está realmente vivo
7. Nas últimas 2 semanas, quando penso no bebê, os meus pensamentos:
- são sempre de ternura e amor
 - são sobretudo de ternura e amor
 - são uma mistura de ternura e irritação
 - contêm um pouco de irritação
 - contêm muita irritação
8. Nas últimas 2 semanas, as minhas ideias sobre possíveis nomes para o bebê têm sido:
- muito claras
 - moderadamente claras
 - moderadamente vagas
 - muito vagas
 - ainda não tenho nenhuma ideia
9. Nas últimas 2 semanas, quando penso no bebê tenho sentimentos que são de:
- muita tristeza
 - tristeza moderada
 - uma mistura de felicidade e tristeza
 - felicidade moderada
 - muita felicidade
10. Nas últimas 2 semanas, tenho pensado sobre que tipo de criança o bebê será quando crescer:
- ainda não
 - ocasionalmente
 - frequentemente
 - muito frequentemente

- quase todo o tempo
11. Nas últimas 2 semanas, tenho-me sentido:
- emocionalmente muito distante do bebé
 - moderadamente distante do bebé a nível emocional
 - não muito próximo do bebé a nível emocional
 - moderadamente próximo do bebé a nível emocional
 - emocionalmente próximo do bebé
12. Quando vir o bebé pela primeira vez, depois do nascimento, espero vir a sentir:
- carinho intenso
 - muito carinho
 - carinho, mas calculo encontrar no bebé aspetos que não vou gostar
 - suspeito que existirão alguns aspetos no bebé de que não vou gostar
 - suspeito que me vou sentir desiludido
13. Quando o bebé nascer, gostava de lhe pegar:
- imediatamente
 - após ter sido enrolado num lençol
 - após ter sido lavado
 - depois de algumas horas, para as coisas assentarem
 - no dia seguinte
14. Nas últimas 2 semanas, tenho tido sonhos sobre a gravidez ou sobre o bebé:
- Nunca
 - Ocasionalmente
 - Frequentemente
 - Muito frequentemente
 - Quase todas as noites
15. Nas últimas 2 semanas, dei por mim a sentir ou a passar a minha mão na barriga da minha mulher:
- muitas vezes por dia
 - no mínimo uma vez por dia
 - ocasionalmente
 - uma única vez
 - nunca
16. Se a gravidez terminasse agora (devido a um aborto ou um outro acidente) sem qualquer dor ou dano para a minha mulher, eu sentir-me-ia:
- muito satisfeito

- moderadamente satisfeito
- neutro (nem triste nem satisfeito ou uma mistura destes sentimentos)
- moderadamente triste
- muito triste

Anexo IV

DAS – Escala de Ajustamento Diádico

Spanier, 1976; R. Gomez & I. Leal, 2004.

De seguida, encontram-se referidas algumas áreas que podem gerar acordo ou desacordo entre os elementos de um casal. Por favor, indique em relação a cada uma, o grau aproximado de concordância existente entre si e a/o sua/seu companheira/o

	Sempre de acordo	Quase sempre de acordo	Ocasionalmente em desacordo	Frequentemente em desacordo	Quase sempre em desacordo	Sempre em desacordo
1- Finanças familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Aspetos ligados a divertimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Religião	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Demonstrações de afeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Relações sexuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Convencionalismo (considerar o que é um comportamento correto ou apropriado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Filosofia de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Formas de lidar com familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Objetivos e coisas consideradas importantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Quantidade de tempo passado em conjunto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- Tomada de decisões Importantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- Tarefas domésticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- Interesses e actividades nos tempos-livres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15- Decisões profissionais

Sempre Quase sempre Frequentemente Raramente Nunca

16- Com que frequência fala sobre ou tem considerado, o divórcio, a separação ou o fim da relação?

17- Com que frequência você ou a sua companheira sai de casa depois de uma discussão?

18- Considera que, de forma geral, as coisas com a sua companheira correm bem?

19- Confia na sua companheira?

20- Alguma vez lamenta ter-se casado (ou viver junto)?

21- Com que frequência você e a sua companheira discutem?

22- Com que frequência você ou a sua companheira, deixam o outro com os “nervos à flor da pele”?

Todos os dias Quase todos os dias Às vezes Raramente Nunca

23- Costuma beijar a sua companheira?

Todos A maioria Alguns Muito poucos Nunca

24- Você e a sua companheira têm actividades de interesse fora de casa em que se envolvem juntos?

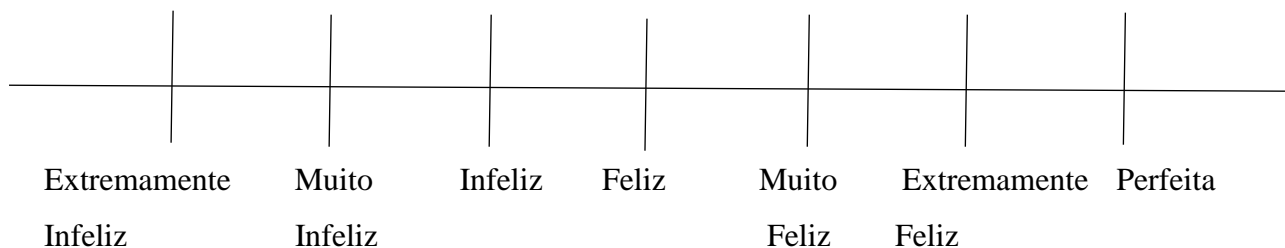
25- Com que frequência acontecem as seguintes situações entre si e a sua companheira?

	Nunca	Menos do que uma vez por	Uma ou duas vezes por	Uma ou duas vezes por semana	Uma vez por dia	Mais do que uma vez por
25.1- Terem uma troca de ideias estimulante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.2- Rirem em conjunto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.3- Discutirem calmamente um assunto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.4- Trabalharem juntos num projeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26- Por favor, indique se **nas últimas semanas** têm existido diferenças de opinião ou problemas na relação relativamente aos seguintes aspectos:

	Sim	Não
26.1- Estar demasiado cansado para ter relações sexuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.2- Falta de demonstração de amor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Os traços da seguinte linha representam diferentes graus de felicidade na relação conjugal. O traço do meio (“Feliz”) caracteriza a maioria das relações. Por favor, considerando a vossa relação na globalidade, assinale o grau de felicidade que a caracteriza.



Qual das seguintes afirmações descreve melhor o que sente sobre o futuro da sua relação conjugal?

- Quero desesperadamente que a minha relação tenha sucesso e *faria tudo o que fosse necessário* para isso
- Quero muito que a minha relação tenha sucesso e *farei tudo* para isso
- Quero muito que a minha relação tenha sucesso e *farei tudo o que estiver ao meu alcance* para isso
- Seria bom que a minha relação tivesse sucesso, mas *não posso fazer muito mais do que tenho feito* para isso
- Seria bom que a minha relação tivesse sucesso mas *não posso fazer nada mais do que tenho feito* para isso
- A minha relação nunca poderá ter sucesso e *nada mais posso fazer* para isso

Anexo V



Exm^a Diretora Clínica

Dr.^a Ângela Rita Marques

Venho por este meio solicitar autorização para a realização de um estudo “Depressão e Ansiedade em "pais-grávidos””, na clínica Ovarium – Clínica de ginecologia e obstetrícia LDA. A investigação tem como objetivo estudar os homens que estejam perante um processo de gravidez das suas companheiras e verificar a sintomatologia depressiva e ansiosa nos pais e a forma como estas influenciam a vinculação Pré-natal com o feto e a satisfação conjugal do casal. Este está inserido na Dissertação de Mestrado, com o objetivo de obtenção do grau de mestre em Psicologia, especialidade Psicologia Clínica da Universidade de Évora.

A orientação do estudo é da responsabilidade da Professora Doutora Constança Biscaia, docente da mesma universidade.

O estudo é composto por um consentimento informado para os participantes, um questionário de dados socio-demográficos e 3 questionários respetivamente validados para a população portuguesa.

Atenciosamente

A Investigadora

A Diretora Clínica

Anexo VI



Consentimento Informado

Eu, Joana Margarida dos Santos Lucas, aluna do 2º ano do Mestrado em Psicologia, especialidade Psicologia Clínica, venho requerer a sua colaboração no estudo que estou a realizar, sob a orientação da Professora Doutora Constança Biscaia, com o tema: “Depressão e Ansiedade em “pais-grávidos”.

O objetivo deste trabalho é estudar a sintomatologia depressiva e ansiosa em homens que estejam a viver um processo de gravidez com as suas companheiras, e a forma como estas influenciam a vinculação Pré-natal com o feto e a satisfação conjugal do casal.

A sua colaboração consiste na resposta de alguns questionários de autorresposta, de tempo reduzido.

A participação no presente estudo não tem qualquer custo e é de carácter voluntário. O estudo é realizado com fins estritamente académicos e científicos. Garantido-se o anonimato e a confidencialidade dos dados. A identidade dos participantes será sempre protegida, não sendo revelado nenhuma característica específica que o possa identificar.

A Investigadora

O Participante
