



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Sintomas Psicopatológicos e Satisfação Sexual na gravidez

Daniela da Cruz Tojal

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

[Versão definitiva]

Orientador: Prof. Doutora Paula Saraiva Carvalho

Covilhã, Outubro de 2017

Agradecimentos

A ti mãe, por seres a minha melhor amiga, pelo amor incondicional, por me proporcionar lutar pelos meus sonhos.

A ti minha Nocas por seres o amor da minha vida.

À professora Paula Carvalho pela sua orientação, paciência e por todos os conhecimentos que me transmitiu e principalmente por me motivar a ser sempre melhor.

Os meus sinceros agradecimentos a todas as mulheres grávidas que disponibilizaram o seu tempo e paciência para preencher os inquéritos que compõem este estudo.

Ao meu namorado, Hugo, por todo o seu amor, disponibilidade, enorme paciência e por me tranquilizar nos momentos mais duros.

A ti Carolina, porque serás sempre como uma irmã para mim, obrigado por todos os bons momentos que já passamos nesta cidade.

A ti Pat pela tua amizade sincera e por estar sempre ao meu lado.

A ti Fabiana por nunca me ter negado ajuda e pelos seus sorrisos.

Ao Russo, pela amizade de uma vida.

Á minha fiel amiga de quatro patas, a Pandora, por todo o companheirismo.

A todos os familiares e amigos que estiveram sempre comigo, sem vocês não era possível.

À Covilhã, cidade neve, que me acolheu calorosamente durante estes 5 anos, à Universidade da Beira Interior e a todos os amigos que conheci.

Obrigada !

Resumo

Introdução: Ao longo dos últimos anos vários estudos têm demonstrado que a gravidez nem sempre é um período de tranquilidade e bem-estar, podendo as mulheres desenvolver sintomatologia psicopatológica. Este estudo pretende contribuir para um maior conhecimento dos fatores que se associam ao aparecimento de estados emocionais negativos e que influenciam a satisfação sexual durante este período de tempo.

Método: Neste estudo participaram 131 mulheres grávidas, com idades entre os 16 e os 42 anos de idade. Para a avaliação foi utilizado o *Questionário Sociodemográfico* composto por 19 perguntas; *Inventário de Sintomas Psicopatológicos* ((BSI, Derogatis,1993; Canavarro, 1995), que pretende avaliar sintomas psicopatológicos através de nove dimensões de sintomatologia- Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo - e três índices globais - Índice Geral de Sintomas (IGS), Total de Sintomas Positivos (TSP) e Índice de Sintomas Positivos (ISP); *Questionário de Satisfação Sexual* (Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire -MGH-SFQ) constituído por sete questões que pretendem avaliar a satisfação sexual.

Resultados: Relativamente aos níveis de sintomatologia psicopatológica, 84% da amostra não apresenta sintomatologia psicopatológica enquanto 16% das mulheres grávidas parecem vivenciar sintomatologia psicopatológica. No que diz respeito à satisfação sexual da nossa amostra, 92% das participantes encontram-se satisfeitas sexualmente e 7% demonstra encontrar-se insatisfeita sexualmente. A ocorrência de acontecimentos negativos durante a gestação revelou-se preditor da ocorrência de depressão e a baixa perceção de apoio social durante a gravidez revelou-se preditor da ocorrência de ansiedade e depressão.

Conclusão: No contexto de promoção da educação para a saúde durante a gravidez, a identificação dos fatores de risco revela-se determinante para a prevenção de consequências adversas para a mãe e para a criança, ao minimizar o aparecimento de sintomas psicopatológicos e contribuir para uma adaptação positiva à maternidade.

Palavras-chave

Gravidez, Sintomatologia Psicopatológica, Satisfação Sexual.

Abstract

Introduction: Over the last few years several studies have demonstrated that pregnancy is not always a period of tranquility and well-being. Women can develop psychopathologies. This study intends to contribute to a greater knowledge of the factors that are associated with the appearance of negative emotional states that influence the sexual satisfaction during this period of time.

Method: In this study, 131 pregnant women took part, aged between 16 and 42 years. In order to perform the evaluation of study it was used the Sociodemographic Questionnaire composed by 19 questions; (BSI, Derogatis, 1993; Canavaro, 1995), which aims to evaluate psychopathological symptoms through nine dimensions of symptomatology - Somatization, Obsessions-Compulsions, Interpersonal Sensitivity, Depression, Anxiety, Hostility, Phobic Anxiety, Paranoid Ideation and Psychoticism - and three global indexes - General Symptom Index (GSI), Total Positive Symptoms (TPS) and Positive Symptoms Index (PSI); General Hospital Sexual Questionnaire (Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire -MGH-SFQ) with seven questions that aim to evaluate sexual satisfaction.

Results: Regarding the levels of psychopathological symptomatology, 84% of the sample does not present psychopathological Symptomatology, while 16% of pregnant women seem to be experiencing psychopathological symptomatology. Regarding the sexual satisfaction of our sample, 92% of the participants are sexually satisfied and 7% show that they are sexually dissatisfied. The occurrence of negative events during gestation turned out to be a predictor of anxiety and depression.

Conclusion: In the context of promoting health education during pregnancy, the identification of risk factors is decisive to the prevention of adverse consequences both to the mother and to the child, by minimizing the appearance of psychopathological symptoms and lead to a positive adaptation to motherhood.

Keywords

Pregnancy, Psychopathological Symptomatology, Sexual Satisfaction.

Índice

Lista de Tabelas.....	xi
Introdução.....	1
Capítulo I- Maternidade e Gravidez	3
1. Mudanças psicológicas na gravidez.....	3
2.1. Depressão	8
2.2. Ansiedade.....	11
2.3. Consequências negativas da ansiedade e depressão na gravidez	13
3. Satisfação sexual	15
Capítulo II- Metodologias	20
2.1) Apresentação do Estudo e Objetivos.....	20
2.2. Desenho do estudo	21
2.3. Caracterização da amostra	22
2.4. Instrumentos	25
2.5. Procedimentos	29
Capítulo III - Resultados	31
3.1) Objetivo 1: Avaliar os níveis de sintomatologia psicopatológica e de satisfação sexual;	31
3.2. Objetivo 2: Comparar as variáveis sócio demográficas com o nível de sintomas psicopatológicos (utilizando IGS) e de satisfação sexual;.....	32
3.3. Objetivo 3: Comparar as variáveis obstétricas com o nível de sintomas psicopatológicos (utilizando IGS) e de satisfação sexual;.....	35
3.4. Objetivo 4: Comparar as variáveis relacionadas com a ocorrência /agravamento de ansiedade ou tristeza ao longo da gravidez com o nível de sintomas psicopatológicos (utilizando IGS) e de satisfação sexual;.....	37
3.5. Objetivo 5: Verificar a relação existente entre variáveis relacionadas com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza antes e ao longo da gravidez com a presença de sintomas psicopatológicos (ansiedade e depressão) e com a satisfação sexual;	40
3.6. Objetivo 6: avaliar a relação preditiva entre a presença de sintomatologia psicopatológica (depressão e ansiedade) e de satisfação sexual com variáveis relacionadas com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza	42
Capítulo IV- Discussão.....	45
Capítulo V: Conclusão.....	52
5.1) Conclusão	52
5.2) Limitações e contributos para a investigação.....	52
Referências Bibliográficas.....	54

Lista de Tabelas

Tabela 1: Tarefas desenvolvimentais da gravidez e puerpério

Tabela 2: Variáveis sociodemográficas

Tabela 3: Variáveis obstétricas

Tabela 4: Variáveis relacionadas com a ocorrência/ agravamento ou tristeza ao longo da gravidez

Tabela 5: Cálculo da confiabilidade do Inventário de Sintomas Psicopatológicos através do alfa de Cronbach

Tabela 6: Cálculo da confiabilidade do Questionário de Satisfação Sexual através do alfa de Cronbach

Tabela 7: Média e desvio padrão do índice do BSI (IGS) e de duas dimensões do mesmo (Depressão e Ansiedade)

Tabela 8: Estatística descritiva dos resultados do Questionário de Satisfação Sexual (percentagens, média, desvio-padrão)

Tabela 9: Análise das diferenças do BSI (IGS) e o Questionário de Satisfação Sexual, em função da idade - teste de t-student

Tabela 10: Análise das diferenças do IGS e a satisfação sexual, com base nas habilitações literárias - teste ANOVA

Tabela 11: Análise das diferenças do IGS e a Satisfação Sexual, com base na situação profissional - teste ANOVA

Tabela 12: Análise das diferenças do IGS e a Satisfação Sexual, com base no estado civil - teste ANOVA

Tabela 13: Análise das diferenças do IGS e a Satisfação Sexual, com base no período gestacional - teste t-student

Tabela 14: Análise das diferenças do IGS e a Satisfação Sexual, com base na ordem gestacional - teste t-student

Tabela 15: Análise das diferenças do IGS e a Satisfação Sexual, com base no planeamento/ aceitação da gravidez - teste t-student

Tabela 16: Análise das diferenças do IGS e a Satisfação Sexual, com base no apoio durante a gravidez - ANOVA

Tabela 17: Análise das diferenças do IGS e a Satisfação Sexual, com base a variável relacionada com a ocorrência/ agravamento de ansiedade ou tristeza no período que antecedeu a ocorrência da gravidez - teste t-student

Tabela 18: Análise das diferenças do IGS e a Satisfação Sexual, com base na variável relacionada com a ocorrência/ agravamento de ansiedade ou tristeza durante a gravidez teste t-student

Tabela 19: Análise das diferenças do IGS e a Satisfação Sexual, com base no acompanhamento psicológico/ psiquiátrico no passado - teste t-student

Tabela 20: Associação do variável apoio durante a gravidez com as variáveis depressão e ansiedade do BSI

Tabela 21: Associação da variável relacionada com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza no período que antecedeu a ocorrência da gravidez com as variáveis depressão e ansiedade do BSI

Tabela 22: Associação da variável relacionada com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza durante a gravidez com as variáveis depressão e ansiedade do BSI

Tabela 23: Associação do variável acompanhamento psicológico/psiquiátrico no passado com as variáveis depressão e ansiedade do BSI

Tabela 24: Modelo de regressão Hierárquica

Tabela 25: Modelo de regressão Hierárquica relativa à associação entre as variáveis relacionadas com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza ao longo da gravidez e a dimensão Depressão (BSI)

Tabela 26: Modelo de regressão Hierárquica

Tabela 27: Modelo de regressão Hierárquica relativa à associação entre as variáveis relacionadas com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza ao longo da gravidez e a dimensão Ansiedade (BSI)

Tabela 28: Modelo de regressão Hierárquica

Lista de Acrónimos

BSI	Inventário de Sintomas Psicopatológicos
IGS	Índice Geral de Sintomas
OMS	Organização Mundial de Saúde
DP	Desvio Padrão
N	Número de casos

Introdução

Este estudo surge no âmbito da realização da dissertação como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre (2º Ciclo) em Psicologia, na área de Psicologia Clínica e da Saúde, pela Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior, sob orientação da Professora Doutora Paula Saraiva Carvalho.

Neste sentido propôs-se desenvolver uma investigação cujo tema pretende analisar a presença de Sintomas Psicopatológicos e a Satisfação Sexual em mulheres grávidas.

A gravidez é um acontecimento marcante na vida do ser humano, e tem sido estudada como uma fase de desenvolvimento físico e psicológico de elevada importância. O presente trabalho assenta numa perspetiva desenvolvimental, onde a gravidez e a maternidade são concebidas como um período de desenvolvimento, que à semelhança de outros períodos desenvolvimentais, exige um processo de adaptação à nova situação. Sendo este um período de transição, verificam-se enormes mudanças tanto a nível físico e psicológico, que conseqüentemente, implicam *stress* e vão exigir dos futuros pais, novos desafios. Embora este período se caracterize culturalmente por uma fase de felicidade, em muitas mulheres é fortemente assinalado por sentimentos de tristeza e ansiedade. É uma situação que pode passar muitas vezes despercebida, visto que muitos dos sintomas associados à gravidez e ao puerpério são semelhantes aos sintomas de depressão (Gaynes et., 2005).

A Depressão é uma das complicações mais comuns da gravidez e puerpério, pelo que o reconhecimento atempado da depressão perinatal é de extrema importância (Gjerdengen et al., 2014). Sabendo que 10 a 20% das mulheres sofrem de depressão em qualquer altura entre a gravidez e os primeiros meses após o parto, torna-se essencial definir estratégias preventivas adequadas (Gaynes et al., 2005).

No que concerne à Ansiedade está é considerada mais elevada na gravidez do que em outros períodos de vida da mulher (Figueiredo, 2001).

No que diz respeito à prevenção do desenvolvimento de estados de humor negativos é de extrema importância a identificação dos fatores de risco que possam estar associados ao seu desenvolvimento (Santoro & Peabody, 2010). Assim, torna-se importante salientar que a identificação das mulheres em risco será o ponto de partida para a deteção mais rápida dos sintomas para que conseqüentemente possam beneficiar de medidas preventivas ou de uma intervenção precoce.

Relativamente à sexualidade na gravidez, os estudos atuais investigam o modo como a qualidade do relacionamento com o companheiro se desenvolve na transição para a parentalidade, avaliando o impacto ao nível do relacionamento sexual do casal durante esse período de tempo (Silva & Figueiredo, 2005).

Ao referirmos o impacto da gravidez na sexualidade do casal, é essencial ter em conta às alterações físicas e psicológicas próprias do período de gestação, mas também a forma como a sexualidade na gravidez é perspetivada pela sociedade (Portelinha, 2003). Isto é, se por um lado, as alterações físicas e psicológicas ao longo da gravidez influenciam de facto as respostas sexuais do casal, por outro lado, a disposição social e a forma como o casal vivencia a sua

sexualidade é uma experiência determinada pela sua individualidade e pelo contexto social em que se insere, que por sua vez é limitado por um conjunto de crenças, tradições e mitos (Portelinha, 2003). Neste sentido, fatores médicos e psicológicos podem ter uma elevada influência na sexualidade entre o casal, durante a gestação. Por um lado a atividade sexual pode constituir um fator de risco - através da penetração e do orgasmo feminino; e pelo contrário pode ser um fator protetor, uma vez que a atividade sexual constitui uma fonte de satisfação e bem-estar conjugal (Silva & Figueiredo, 2005).

O presente trabalho está organizado em duas partes e cinco capítulos. A primeira parte diz respeito às questões teóricas e revisão empírica sobre a temática em questão.

O primeiro capítulo aborda as tarefas desenvolvimentais que o processo de transição da gravidez para a maternidade e a adaptação que esta fase exige. A gravidez exige que os progenitores realizem as tarefas desenvolvimentais que a cada trimestre corresponde como por exemplo, estabelecer uma ligação afetiva com o bebé, iniciar a reestruturação de relações, de forma a incluir o novo membro, incorporar na identidade a existência do filho (Carvalho, 2006).

Seguidamente, a revisão bibliográfica consagra a abordagem da gravidez enquanto um período de risco patológico e apresenta os principais riscos e consequências para a mãe e para o bebé devido aos sintomas depressivos e ansiógenos durante a gravidez. A última parte do primeiro capítulo é dedicada à Satisfação Sexual durante a gravidez. Primeiramente, desenvolvemos o conceito de satisfação sexual e posteriormente, analisamos com base em estudos científicos a satisfação sexual durante esta fase.

Os dois últimos capítulos referem-se à apresentação dos resultados do estudo. O segundo capítulo é referente ao estudo empírico, em que são apresentados os principais objetivos do estudo, os instrumentos utilizados e todos os procedimentos necessários para conseguir realizar este projeto. No terceiro capítulo é apresentada a descrição de todos os resultados obtidos após tratamento estatístico. Para finalizar apresentamos uma discussão dos resultados e as conclusões que retirámos ao longo do estudo, bem como limitações e sugestões para estudos futuros.

Capítulo I- Maternidade e Gravidez

Ao longo deste capítulo, vamos focar-nos numa perspetiva desenvolvimentista que conceptualiza a gravidez e a maternidade enquanto um período de desenvolvimento, em que a mulher necessita de resolver determinadas tarefas desenvolvimentais e vivenciar uma crise específica. Neste sentido, vamos apresentar uma breve caracterização das sete tarefas desenvolvimentais e caracterizar esta crise específica.

Num segundo momento vamos abordar os principais sintomas psicopatológicos (depressão e ansiedade) que tendem a estar associados à gravidez numa percentagem significativa de mulheres e as respetivas consequências relacionadas à presença destas patologias para a mãe e para o bebé. Terminamos o capítulo efetuando uma revisão acerca das alterações associadas com a satisfação sexual durante a gravidez.

1. Mudanças psicológicas na gravidez

A gravidez é um processo que se caracteriza por uma etapa que medeia a conceção e o parto e envolve um período de cerca de 40 semanas, podendo assim considerar-se como um período temporalmente definido (Canavarro, 2001). O estar grávida representa, do ponto de vista psicológico, um virar da mulher para si mesma, o investimento no seu próprio corpo e na sua imagem. Esta vivência é um processo complexo, que implica grandes transformações e adaptações no seio da família e da comunidade (Leal, 2005).

Numa perspetiva desenvolvimental, a gravidez e a maternidade são considerados períodos do desenvolvimento em que a mulher necessita de resolver determinadas tarefas desenvolvimentais e vivenciar uma crise específica (Canavarro, 2001). Neste sentido, a gravidez e a maternidade são consideradas um período de desenvolvimento, tal como outros períodos que compõem o ciclo de vida, e que se caracterizam pela necessidade de resolver tarefas desenvolvimentais específicas (Canavarro, 2006). A gravidez e a transição para a parentalidade constituem assim etapas marcantes, extremamente significativas na vida da mulher (Aires, Ferreira, Santos & Sousa, 2016). O impacto associado ao processo de transição para a maternidade caracteriza-se primeiro pela vivência de uma “crise específica” e, segundo, pela necessidade de realizar um certo número de tarefas desenvolvimentais igualmente características (Carvalho, Loureiro & Simões, 2006).

A gravidez, principalmente a primeira, exige uma reorganização por parte da mulher, a nível biológico, cognitivo, emocional, relacional e social, que conseqüentemente transforma o corpo da progenitora, o seu *self*, as suas figuras significativas e a sua comunidade (Meireles & Costa, 2005). Assim, visto que a gravidez é uma etapa desenvolvimental, esta considera a existência de tarefas psicológicas tais como: a construção da identidade materna, a formação da relação mãe-bebé e a adaptação psicossocial necessária desta fase (Meireles & Costa, 2005).

Para Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacker (2000), a adaptação à maternidade vai depender de determinados fatores, dos quais salientam as tendências culturais e sociais, as alterações corporais, as expectativas e grau de desejo relativos à gravidez, a segurança, o apoio

emocional e a situação financeira, podendo assim, tornar-se num processo de *stress* mais ou menos moderado.

Numa abordagem desenvolvimental, diversos autores (e.g. Bibring, 1959; Caplan, 1960; Colman & Colman, 1994), conceptualizam a gravidez e a maternidade como períodos de desenvolvimento que compõem o ciclo de vida e que se caracteriza pela necessidade de resolver tarefas desenvolvimentais específicas e vivenciar uma crise própria. Essa crise é percebida como um momento de reorganização necessário e que permitirá à mulher a sua adaptação a uma nova condição, a de ser mãe (Canavarro, 2006).

Segundo a mesma autora, quando existe um projeto adaptativo de maternidade, a gravidez é uma época que, psicologicamente possibilita à mulher a preparação para ser mãe. Este período permite que a mulher exercitar cognitivamente papéis e tarefas maternas, unir-se emocionalmente à criança, iniciar o processo de reestruturação de relações para incluir o novo elemento, incorporar a existência do filho na sua identidade e, simultaneamente, aprender a aceitá-lo como pessoa única com vida própria (Canavarro, 2001). As preocupações e o medo da mulher estão presentes ao longo de toda a gravidez e acompanham as mudanças habituais da evolução da gestação, pois a mulher sendo um “ser pensante” envolve-se num processo de avaliação (Vaz Serra, 2002). Assim, a gravidez pode ser vivenciada por algumas futuras mães como o período mais enriquecedor das suas vidas enquanto para outras mulheres, constitui a fase mais rigorosa, uma vez que percebem que as exigências são superiores à capacidade de resposta, vivenciando assim momentos de enorme *stress* (Vaz Serra, 2002).

Contrariamente ao que é veiculado no senso-comum, o *stress* não implica necessariamente sofrimento ou níveis de funcionamento mais baixos, implica sim, necessidade de reorganização. E, se ultrapassado (o que significa as tarefas desenvolvimentais correspondentes foram cumpridas com sucesso), pode permitir alcançar os níveis de funcionamento superiores, no sentido da resolução de anteriores problemas desenvolvimentais (Mendes, 2002).

O desenvolvimento das tarefas maternas durante a gravidez foi intensamente estudado por Rubin (1984), que afirmou a importância destas tarefas durante a gravidez para a determinação de uma matriz qualitativa dos cuidados maternos, descrevendo as principais tarefas maternas: (1) assegurar uma transição segura si própria e para a criança; (2) procurar aceitação social e apoio para si próprio e para a criança; (3) iniciar a sua ligação com o filho; (4) aprender a dar-se de si em benefício de outrem (Carvalho, 2006).

Autores como Colman e Colman (1994) descrevem pormenorizadamente um conjunto de tarefas fundamentais que a grávida tem de efetuar ao longo do período gestacional na preparação para ser mãe, que culminam com uma redefinição dos papéis e uma integração maturacional (Carvalho, Loureiro & Simões, 2006).

De seguida, apresentamos uma tabela (1) com o objetivo de sintetizar a informação referente às tarefas desenvolvimentais.

Tabela 1

Tarefas desenvolvimentais da gravidez e puerpério (de acordo com Canavarro, 2001; Canavarro e Pedroso, 2005; Colman e Colman, 1994) (adaptado de Canavarro, 2011)

Gravidez	1º Trimestre	Tarefa 1: Aceitar a gravidez
	2º Trimestre	Tarefa 2: Aceitar a realidade do feto Tarefa 3: Reavaliar e reavaliar a relação com os pais
	3º Trimestre	Tarefa 4: Reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro Tarefa 5: Aceitar o bebé como pessoa separada. Tarefa 6: Reavaliar e reestruturar a sua própria identidade para incorporar a identidade materna.
Puerpério	(cerca de seis semanas)	Tarefa 7: Reavaliar e reestruturar a relação com o(s) outro(s) filho(s).

Tarefa 1: Aceitar a gravidez

A primeira tarefa consiste em aceitar a gravidez, possibilitando, que a mulher consiga aceitar as tarefas inerentes deste período desenvolvimental, nomeadamente: a necessidade de modificar as rotinas do seu quotidiano, preparar a sua pessoa, o seu organismo e a sua família para o nascimento de um novo ser (Justo, 1990; Carvalho, 2006).

Numa fase inicial, independentemente de ser uma gravidez planeada ou não planeada, podem ocorrer momentos em que a mulher se sinta confusa entre a vontade de ser mãe e o medo da gravidez (Canavarro, 2001). Neste sentido, surgem sentimentos de ambivalência em relação à viabilidade da própria gravidez, à aceitação do feto, em relação às mudanças associadas ao seu novo estado e, ainda à própria maternidade (Canavarro, 2001; Carvalho, Loureiro, Simões, 2006).

Tarefa 2: Aceitar a realidade do feto

Esta tarefa ocorre durante o segundo trimestre, após ultrapassada a ambivalência (aceitação/rejeição), relativa à gravidez e consiste na diferenciação mãe-feto, que se traduz na aceitação da realidade do feto como um ser distinto da própria mulher (Canavarro, 2001).

É a partir deste momento, que as grávidas intensificam as fantasias relacionadas com o seu filho, começando a ensaiar cognitivamente as primeiras tarefas de prestação de cuidados e são capazes de fantasiar características próprias do filho como aspeto físico, sexo, temperamento e o nome (Canavarro, 2001; Carvalho, 2006; Carvalho, Loureiro & Simões, 2006).

Tarefa 3: Reavaliar e reestruturar a relação com os pais

Outra tarefa significativa da gravidez e maternidade, durante o segundo trimestre, relaciona-se com a reavaliação do relacionamento passado e presente com os seus pais, principalmente, a relação com mãe durante a infância e adolescência (Canavarro, 2001).

A realização desta tarefa permite que a mulher se afaste de posicionamentos extremos, habitualmente pouco adaptativos, (“Vou fazer tudo o que a minha mãe fez”, “Vou ser o oposto da má mãe que a minha mãe foi”) optando por comportamentos apropriados. A realização desta tarefa permitirá ainda, que, futuramente, esta aceite e lide eficazmente com as suas falhas enquanto mãe (Canavarro, 2001).

Por outro lado, esta tarefa permite que o bebé apareça como um elemento unificador das gerações, possibilitando uma maior aproximação e fortalecimento de laços já existentes (Canavarro e Pedroso, 2005; Relvas & Lourenço, 2001).

Tarefa 4: Reavaliação e reestruturação (da relação com o cônjuge/companheiro)

Referente à quarta tarefa, esta caracteriza-se pela integração do novo elemento no relacionamento com o cônjuge/ companheiro, já no início do terceiro trimestre (Relvas & Lourenço, 2001).

Assim, o casal reavalia e reestrutura os papéis e as funções anteriormente realizadas por ambos, com o intuito de integrar as novas responsabilidades, direcionadas para o proteção e educação do novo elemento. É fundamental que cada elemento do casal tenha em consideração as preocupações do outro, estimulando, deste modo, o desenvolvimento de um suporte emocional positivo (Canavarro, 2001).

Segundo Relvas e Lourenço (2001), esta fase é um período de risco e oportunidade. O risco do casal se desencontrar, mas também oportunidade de conseguirem aceder a níveis mais complexos e gratificantes de aceitação da sua relação. A gravidez e a maternidade assinalam a transição da conjugalidade para a parentalidade (Relvas & Lourenço, 2001).

Se esta fase considerada de risco para a harmonia do casal for ultrapassada com sucesso pode considerar-se um momento privilegiado de crescimento em cada individuo e no casal (Carvalho, 2006).

Tarefa 5: Aceitar o bebé como pessoa separada

O último trimestre da gravidez é considerado como o período de separação entre a mãe e o bebé, que culmina com o parto, permitindo a aceitação do bebé como pessoa separada. Devido à proximidade com o momento do parto, um momento tão doloroso para a maioria das mulheres, surgem sentimentos de ambivalência como a ânsia de ver o filho, terminar o período da gravidez e, em simultâneo, surge o desejo de a prolongar, com o intuito de adiar o momento do parto e as novas exigências que o nascimento do bebé exige (Canavarro, 2001; Carvalho, Lourenço & Simões, 2006).

Tarefa 6: Reavaliar e reestruturar a sua própria identidade para incorporar a identidade materna

A tarefa 6 caracteriza-se pela assimilação da nova identidade materna. Durante o puerpério, a mulher sente necessidade de reavaliar e estruturar a sua própria identidade, que se caracteriza pela interiorização e adaptação do homem e da mulher a uma nova realidade - serem pais para toda a vida.

Todas estas adaptações que o nascimento de uma criança exige na vida de uma mulher se ela não estiver bem preparada podem potencializar o aparecimento de perturbações. Numa perspetiva desenvolvimental, as perturbações psicopatológicas da maternidade, nomeadamente a depressão pós-parto, podem ser conceptualizados como a tradução das dificuldades da mulher numa dupla tarefa (1) lidar com a crise suscitada pelas mudanças relacionadas com a maternidade e, (2) realizar de forma positiva as tarefas desenvolvimentais da maternidade (Carvalho, Loureiro & Simões, 2006).

Tarefa 7: Reavaliar e reestruturar a relação com o(s) outro(s) filho(s)

Apesar de Colman e Colman (1994) não mencionarem especificamente esta tarefa, Canavarro (2001) adicionou-a às tarefas desenvolvimentais referidas anteriormente. Contudo, esta tarefa só faz sentido no caso das mulheres que já têm filhos.

Na primeira gravidez as dúvidas são sobretudo acerca dos aspetos desconhecidos e nunca vivenciados por si mesmos, na segunda gravidez os pais vão ter de avaliar o que será ser pai/ mãe de uma nova criança, efetuando um balanço acerca do tipo de pai/mãe que já foi para os outros filhos. O peso da responsabilidade pode tornar-se mais forte com cada gravidez (Canavarro, 2001; Carvalho, Loureiro & Simões, 2006).

Em síntese, todas as mudanças e experiências psíquicas exigidas nesta nova fase, podem contribuir para uma exasperação da sensibilidade na mulher, tornando-a vulnerável a vários distúrbios emocionais. O período gestacional tanto pode despoletar uma crise emocional, como estimular uma boa adaptação e contribuir para desenvolver a capacidade de resolução de conflitos até então desconhecido. É crucial compreender que a forma como a mulher lida com as alterações, durante a sua gravidez e na maternidade, irá influenciar as novas competências psicológicas e sociais, que se manifestarão na ligação que a mãe irá estabelecer com o seu filho (Piccinini, Gomes, Nardi & Lopes, 2008). Assim sendo, podemos considerar que a mulher efetuou uma boa adaptação à maternidade quando esta consegue superar todas as tarefas desenvolvimentais que referimos anteriormente.

2. Sintomatologia psicopatológica na gravidez

Ao longo do período gestacional, como já referimos, ocorrem mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais, que poderão resultar num aumento de sintomatologia psicopatológica ou até o desenvolvimento de perturbações psicológicas.

A cultura ocidental, devido aos seus valores e normas culturais, estimula a reprodução e vivenciam esse acontecimento como um valor intrínseco ao sexo feminino. Assim sendo, algumas culturas observam o período de gravidez como um momento de realização pessoal e fundamental para enfatizar o estatuto da mulher na sociedade (Canavarro & Pereira, 2010). A gravidez é considerada como um momento de construção e desenvolvimento de um projeto para toda a vida e apesar de ser referido como uma transição normativa e de complementar um

processo de desenvolvimento de uma mulher, pode acarretar níveis elevados de *stress* (Canavarro & Pereira, 2010).

Segundo Canavarro (2001), a gravidez e a maternidade integram processos dinâmicos de estruturação e desenvolvimento, sendo fases de desequilíbrio, mas também de adaptação, reestruturação e de desenvolvimento pessoal.

O risco psicopatológico associado à maternidade tem sido descrito e verificado por muitos autores em diversos trabalhos, observando-se que os níveis elevados de ansiedade se associam ao *stress* parental durante as primeiras semanas do pós-parto, assim como a ansiedade na gravidez parece potenciar o desenvolvimento de depressão pós-parto (Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005).

A literatura científica indica que o período gravídico-puerperal é a fase de maior prevalência de perturbações mentais na mulher, principalmente no primeiro e no terceiro trimestre de gestação e nos primeiros 30 dias de puerpério (Pereira & Losivi, 2008). A intensidade das alterações psíquicas dependerá de fatores orgânicos, familiares, conjugais, sociais e da personalidade da gestante (Pereira & Losivi, 2008). Para Pereira (2007), alguns dos fatores de risco que podem estar associados à etiologia da psicopatologia da gravidez e maternidade são: problemas psiquiátricos antecedentes; baixo apoio emocional durante a gravidez; falta de suporte social; baixo nível educacional; baixo nível socioeconómico e falta de planeamento familiar.

A maior parte da patologia psiquiátrica no período perinatal é de natureza afetiva, pelo que iremos dar particular relevância à depressão, uma vez, que é uma perturbação relativamente elevada, com valores que podem ir de 10% a 20% (Silva & Figueiredo, 2005). De igual modo as perturbações de ansiedade são uma comorbilidade frequente, com cerca de 37,7% das mulheres com o diagnóstico de episódio depressivo major no período pós-parto a apresentarem uma perturbação da ansiedade comórbida (Austin et al., 2010).

2.1. Depressão

A depressão major é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um problema de saúde, por satisfazer três critérios: ser comum, cada vez mais prevalente e tratável (Macedo & Pereira, 2014). Pode ocorrer durante todo o ciclo de vida, causa grande sofrimento e atinge todos os grupos educacionais, económicos e raciais/étnicos. A depressão é uma perturbação comum, afetando cerca de 154 milhões de pessoas em todo o mundo, de todas as idades e sexo (Macedo & Pereira, 2014).

Os estudos realizados em Portugal concluem que a prevalência de doenças mentais é muito elevada, quando comparado com outros países da União Europeia (Macedo & Pereira, 2014). De acordo com o relatório do European Brain Council, 16.1% dos portugueses, entre os 18 e os 65 anos, apresentam um problema mental e cerca de 16.5% destes problemas estavam relacionados com depressão e 7.9% foram identificados como problemas de ansiedade (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012).

Um dos dados mais consensuais da epidemiologia psiquiátrica é o da preponderância do género feminino na prevalência (Piccinelli & Wilkinson, 2000). Apesar da variação das estimativas de prevalência populacional de depressão major, diferentes países, culturas e grupos étnicos e em todas as faixas etárias, as mulheres apresentam o dobro da probabilidade de sofrer da doença do que os homens (Kessler et al., 2003). Neste sentido, a prevalência da perturbação depressiva é de cerca de 7%, sendo mais frequente no sexo feminino (1.5 a 3 vezes) (APA, 2014).

2.1.1. Depressão na Gravidez

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as mulheres em idade gestacional apresentam maior risco de desenvolver uma perturbação depressiva, o que realça a necessidade da avaliação da saúde mental da mulher grávida (Correia & Santo, 2017).

Nas últimas duas décadas tem havido um interesse crescente nos distúrbios psiquiátricos perinatais. Estudos epidemiológicos contemporâneos revelam que mais de 40% das mulheres apresentam sintomatologia depressiva, tanto na gestação quanto no pós-parto (Maia et al.2011).

Atualmente, 1 em cada 7 mulheres tem a probabilidade de vir a sofrer de depressão pós-parto, sendo a depressão durante a gravidez o seu principal preditor (Macedo & Pereira, 2014).

Os sintomas de depressão podem ocorrer em qualquer fase e variam na intensidade, duração e tipo. Incluem tristeza, perda de prazer e interesse nas atividades, alterações de apetite, insónia, agitação e lentificação psicomotora, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa, desesperança, dificuldade em concentrar-se ou tomar decisões e ideias de morte, suicídio ou infanticídio (APA, 2003). Muitos dos sintomas físicos, citados no DSM-5 como comportamentos para o diagnóstico, estão presentes numa gravidez normal (insónia, fadiga), deste modo, a avaliação clínica tenderá a ser mais dirigida para os aspetos cognitivos e comportamentais do que para os físicos (Buist, Ross & Steiner, 2006; Macedo & Pereira, 2014). Neste período, há uma grande probabilidade de existência de comorbidade com sintomas ansiosos e obsessivo-compulsivos (50%) que merecem especial atenção.

Segundo Costa (2015), a depressão durante a gravidez, afeta aproximadamente 12% das mulheres, com maior prevalência no segundo e terceiro trimestre. Alguns estudos referem que a prevalência da depressão é de 7.5% no primeiro trimestre, 12.8% no segundo trimestre e 12% no terceiro (Maia et al.2011; Costa, 2015). No período pós-parto, cerca de 13% das grávidas podem desenvolver depressão (Costa, 2015). Uma revisão sistemática concluiu que a prevalência da depressão durante os trimestres é de 7.4%, 12% e 12.8%, respetivamente (Correia & Santo, 2017). De acordo com um estudo efetuado por Figueiredo e colaboradores (2007), referente à prevalência de depressão durante a gravidez, numa amostra de mulheres portuguesas, concluiu-se que os níveis de sintomas depressivos obtidos através do *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) são 12 vezes mais elevadas em Portugal, tanto no terceiro

trimestre de gravidez (17.6%), como durante o segundo e terceiro meses após o parto (18.5%) comparativamente a outros países da Europa.

Relativamente à progressão da sintomatologia, um estudo prospetivo que examinou o humor num grupo de grávidas diagnosticadas com depressão durante o primeiro trimestre revelou uma melhoria do humor no segundo e no terceiro trimestre (Macedo & Pereira, 2014; Correia & Santo, 2017). Segundo Silva e colaboradores (2016), a depressão parece ser mais frequente no segundo trimestre da gravidez, pois é durante este trimestre que as mudanças corporais são mais significativas. Assim, os níveis mais elevados de depressão, neste período, podem estar relacionados a fatores como o medo e preocupações de não voltarem à forma física prévia e receio das alterações no matrimónio.

Os autores de um estudo realizado por Gaynes e colaboradores (2005 citado por Maia et al. 2011) afirmam que pelo menos 14.5 % das grávidas terá um episódio de depressão major, como também 14.5% terá um novo episódio depressivo durante os primeiros três meses do pós-parto. Segundo Maia e colaboradores (2011), cerca de 19.2% das recentes mães podem sofrer de perturbação depressiva major nos primeiros três meses do pós-parto e 7.1% das grávidas irá desenvolver uma depressão major.

Os autores Correia e Santo (2017) afirmam que a prevalência da depressão pós-parto é superior à da depressão encontrada na gravidez e varia entre 7% a 30%. Contudo, é importante destacar que algumas das depressões pós-parto tiverem início durante a gravidez (25%) e apenas são diagnosticadas no período pós-parto, altura em que sua gravidade aumenta (Evans et al., 2001).

Relativamente aos **fatores de risco** associados à depressão na gravidez, podemos afirmar que esta não tem como base um fator único, mas sim uma conjugação e acumulação de vários fatores (Costa, 2015). Os fatores fisiológicos, familiares, conjugais, sociais e culturais e da própria personalidade da mulher, são referidos como elementos de risco (Costa, 2015; Jadresi, 2014). A ansiedade e a depressão pré-natal, a baixa autoestima, o stress relacionado com os cuidados que um recém-nascido exige, as dificuldades financeiras, a baixa escolaridade, consumo de álcool ou substâncias, o fato de ser uma gravidez não desejada e a história de violência doméstica constituem **fatores de risco** para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva (Costa, 2015; Jadresi, 2014). Já o apoio familiar é considerado um fator protetor para a estabilidade emocional da mulher. (Silva et al., 2016). Isso pode estar ligado ao fato de que esse apoio funciona como um moderador de sentimentos decorrentes da gravidez, representando um ativo para enfrentar possíveis adversidades desse período que, possivelmente, torna as mulheres menos vulneráveis a perturbações psiquiátricas (Silva et al., 2016).

Em suma, os resultados de várias investigações recentes têm sublinhado a presença de sintomas depressivos durante a gravidez e no pós-parto. Além disso, alguns quadros depressivos apenas são diagnosticadas no pós-parto, apesar das mulheres terem vivenciado sintomas de tristeza durante a gravidez.

2.2. Ansiedade

Lazarus (citado por Vaz-Serra, 2002) afirma que a ansiedade, o medo, a culpabilidade e a vergonha devem ser designadas como “emoções existenciais” uma vez que surgem quando o indivíduo é ameaçado na sua identidade como pessoa, na sociedade em que vive, ou é ameaçado naquilo que é, ou representa, ou no seu próprio destino. Assim, a ansiedade é uma emoção que surge perante uma ameaça subjetivamente sentida.

A ansiedade é, portanto, um sentimento vago, acompanhado de sensações físicas extremamente desagradáveis como palpitações, transpiração, dor de cabeça, falta de ar, desconcentração, tensão muscular e distúrbios do sono (Vaz Serra, 2002).

Segundo Beck, os principais sintomas que caracterizam as perturbações de ansiedade podem ser cognitivos, comportamentais, afetivos, cognitivos e fisiológicos. A **nível dos sintomas fisiológicos**, os mais comuns nestas perturbações são: ao nível cardiovascular, uma vez que ocorre aumento da frequência cardíaca e palpitações; falta de ar, dor no peito, sensação de asfixia, tonturas, sudorese, náuseas, rubor facial, tensão muscular, dormência nos membros superiores e inferiores. Também estão presentes sintomas a nível génitourinário, como aumento da frequência urinária e disfunção sexual (Vaz Serra, 2002; Beck & Clark, 2010).

Os **sintomas cognitivos** evidentes nestas perturbações traduzem-se em hipervigilância, dificuldade em manter o raciocínio e a concentração, incapacidade de controlar o pensamento (pensamentos negativos), medo de lesões físicas ou de morrer, medo de perder o controlo, medo de sofrer uma perturbação mental e medo de ser avaliado negativamente pelos outros (Beck & Clark, 2010).

Referente aos **sintomas afetivos**, os sujeitos ansiosos apresentam-se nervosos, assustados, impacientes e tensos. Já a **nível comportamental**, os sintomas que geralmente estão presentes são comportamentos de evitamento de situações de ameaça, fuga, agitação, dificuldade em falar ou dificuldade em manter a coordenação motora (Beck & Clark, 2010).

O indivíduo ansioso elabora interpretações incorretas a respeito do que lhe está a acontecer, levando, conseqüentemente, a apresentar dificuldades no processo de tomada de decisão. Devido à ansiedade que o indivíduo sente, torna-se mais facilmente irritável o que leva a um estado de preocupação permanente acerca das conseqüências trágicas que antevê (Vaz Serra, 2002).

2.2.1. Ansiedade na gravidez

A gravidez é percebida por muitos autores como um momento de transição extremamente significativo durante a vida de um indivíduo, que exige adaptações de diversa índole. A capacidade da mulher para se adaptar às mudanças e exigências da gravidez afeta a sua saúde física e mental e parece influenciar, de igual forma, a saúde do feto em gestação (Conde & Figueiredo, 2005). Enquanto que para algumas mulheres a gravidez é um período rico em experiências positivas, poderá ser para outras, o início ou a intensificação de uma perturbação de ansiedade. Assim, esta fase da vida tem sido identificada como um período de precipitação ou exacerbação das perturbações ansiosas (Conde & Figueiredo, 2005).

A presença de perturbações psicopatológicas (ansiosas e depressivas) na gravidez é um problema prevalente, que parece estar associado a complicações e riscos médicos e psicológicos (eg. Mulder et al., 2002; Field et al., 2004), bem como tem sido relacionada com atrasos no desenvolvimento da criança (eg. Brouwers, Van Baar, & Pop, 2001; Buitelaar, Huizink, Mulder, De Medina, & Visser, 2003).

Boyce & Condon (2000, citado por Macedo & Pereira, 2014) referem cinco razões para a maternidade ser um acontecimento stressante e gerador de ansiedade:

- 1) Grande número de fatores psicossociais stressantes vivenciados pelas mulheres em todo o período perinatal;
- 2) Mudanças fisiológicas e hormonais que caracterizam a gravidez e o nascimento;
- 3) Exigências físicas e a dor associada à gravidez e ao(s) nascimento(s) do bebé;
- 4) Possibilidade de vir a ser alvo de intervenções obstétricas físicas e psicologicamente stressantes;
- 5) Aumento da probabilidade de que uma perturbação psiquiátrica já existente venha a exacerbar neste período.

Passamos a apresentar alguns estudos que demonstram que ansiedade afeta uma percentagem significativa de mulheres durante o período perinatal (Correia & Santo, 2017).

Os autores Condon e colegas (2004) sugerem que a gravidez é um período de maior *stress* para os pais do que o pós-parto, na medida em que exibem maior depressão e irritabilidade, afetividade negativa e sintomas somáticos. Os autores argumentam que o processo de transição que ocorre durante a gestação, relacionado com a antecipação das mudanças que irão ocorrer após o nascimento do bebé e reapreciação do seu estilo de vida, serão a fonte de *stress* psicológico mais acentuada. Concluem, assim, que as mudanças mais significativas ocorrem no início da gravidez, estabilizando a partir daí. Relativamente aos níveis de ansiedade apresentados em cada trimestre da gravidez, estes parecem ser mais elevados no 1º e 3º trimestre de gravidez, quando comparados com o 2º trimestre (Lee et al., 2007).

Num estudo realizado em 2007 por com uma amostra de 357 mulheres grávidas, avaliadas nos 3 trimestres de gravidez e às 6 semanas pós-parto, verificou-se que mais de metade (54%) e mais de 1/3 (37.1%) das mulheres sofreram de ansiedade e sintomas depressivos, em pelo menos uma das avaliações (Lee et al., 2007).

Sutter-Dallay e colaboradores (2004) verificaram que níveis elevados de sintomatologia ansiosa na gravidez estão associados a um risco aumentado de desenvolver depressão na gravidez, mesmo controlando os efeitos de sintomatologia depressiva nesta fase. O facto de a ansiedade ser precursora da depressão pode resultar da alteração dos mecanismos fisiológicos e da dificuldade em lidar com o stresse, aspetos que são particularmente característicos deste período (Heron et al., 2004).

Um estudo prospetivo com uma amostra de 8323 mulheres grávidas, em Inglaterra, concluiu que 21% tinham sintomas ansiosos clinicamente significativos e que 64% destas mantiveram-se sintomáticas no período pós-parto (Heron et al., 2004). Matthey e colaboradores (2003)

referiram que a existência de história prévia de perturbação de ansiedade era um preditor mais forte de evolução de depressão pós-parto do que a história prévia de depressão. Os níveis elevados de ansiedade, nos primeiros dias do puerpério, também foram associados ao desenvolvimento de depressão pós-parto.

Segundo Macedo & Pereira (2014), a prevalência dos sintomas de ansiedade parece ser mais elevada no período do pós-parto do que na gravidez, com estimativas de incidência nos primeiros seis meses a variarem entre 6.1% a 31.7%. Esta diferença na amplitude dos resultados pode estar relacionada com a diversidade de metodologias de investigação utilizadas e com os momentos de avaliação.

Já no que se refere aos **fatores de risco**, um estudo de 2005 realizado com uma amostra de 453 mulheres, concluiu que as grávidas que apresentam elevados níveis de ansiedade apresentavam um maior número de situações negativas. Além disso, as mulheres que se encontram na fase final da gravidez e que demonstram atitudes mais positivas perante a gravidez e com níveis elevados de percepção de controlo apresentavam níveis mais reduzidos de ansiedade ao longo da gravidez (Gurung et al.,2005).

2.3. Consequências negativas da ansiedade e depressão na gravidez

A gravidez tende a ser sinónimo de felicidade e celebração, sendo uma fase vivida com grande expectativa e com momentos de alegria. Contudo, a gravidez é também um período de vida da mulher que envolve alterações físicas, hormonais e psicológicas que podem ter consequências negativas ao nível da saúde mental (e.g. Aires, Ferreira, Santos & Sousa, 2016; Meireles & Costa, 2005). Vários estudos (e.g. Correia & Santo, 2017;Silva et al.,2016) referem que uma percentagem significativa de mulheres sofrem de sintomas psicopatológicos durante a gravidez que acarretam graves consequências para a mãe e o bebé.

As grávidas com **sintomatologia depressiva** têm mais riscos de negligenciar a sua gravidez, de abandonar os cuidados pré-natais, ou não seguir ou seguir erradamente as indicações médicas (Jadresi,2014), o que, conseqüentemente, aumenta as complicações obstétricas, pré- eclampsia e problemas no desenvolvimento do feto (Macedo & Pereira, 2014). Além disso, as mulheres com sintomatologia depressiva encontram-se mais predispostas a abusar no consumo de tabaco, álcool ou drogas o que, conseqüentemente, vai provocar danos no bebé (Jadresi,2014).

A investigação atual sugere que a depressão materna pode ter **consequências imediatas** que afetam negativamente o desenvolvimento do feto, existindo evidências em vários estudos de uma associação entre a depressão materna e fatores que prevêm desenvolvimento neonatal pobre (Jadresi,2014). Assim, estas mulheres apresentam maior risco de parto prematuro e de bebés com baixo peso à nascença e mortalidade ao longo da vida (Macedo & Pereira, 2014). As mães deprimidas podem interromper a amamentação mais precocemente e apresentar maior dificuldade em estabelecer interações afetivas com o bebé (Macedo & Pereira, 2014; Correia &

Santo, 2017). Do ponto de vista do neurodesenvolvimento, observa-se que os filhos de mães deprimidas apresentam choro excessivo e menor manifestação de interesses logo após o nascimento (Correia & Santo, 2017). Ao nível da estrutura e funcionamento cerebrais dos recém-nascidos, é fundamental referir uma maior atividade do sistema nervoso autónomo, neuroendócrino e imunológico (Macedo & Pereira, 2014).

Além disso, a depressão durante a gravidez, aumenta de forma significativa o risco da mulher desenvolver uma depressão pós-parto (Jadresi, 2014), o que, conseqüentemente, afeta negativamente a qualidade de interação mãe-bebé, sendo esta caracterizada por mais hostilidade e pouca responsividade complicações na prestação de cuidados de higiene e segurança, bem como na satisfação das necessidades de alimentação, de sono e afetivas (Jadresi, 2014; Macedo & Pereira, 2014).

Já as **consequências a longo prazo**, devido à presença de sintomatologia depressiva durante a gravidez, associam-se a um atraso no desenvolvimento das crianças até aos 18 meses de idade, em comparação ao observado nas crianças em que as mães não apresentam sintomas durante a gestação (Jadresi, 2014). Outro estudo revelou que os filhos adolescentes, cujas mães vivenciaram uma depressão durante a gravidez, apresentaram um risco de 4.7 vezes maior de estar deprimidas, em comparação com os filhos de mães que não tiveram sintomas depressivos (Jadresi, 2014). Estes jovens apresentam também temperamento difícil, problemas emocionais e comportamentais (e.g. como déficit ao nível das competências sociais, hiperatividade, atrasos no desenvolvimento e problemas de sono na infância). Revelam ainda alterações do funcionamento do eixo hipotálamo-pituitária, ansiedade, atraso no desenvolvimento da linguagem e do quociente de inteligência (QI) e conduta delinvente na adolescência (Macedo & Pereira, 2014).

Relativamente às **consequências dos níveis excessivos de ansiedade** durante a gravidez, os resultados referem que as mulheres com maiores níveis de ansiedade têm um risco mais elevado de parto prematuro quase três vezes maior quando comparadas com mulheres com baixos níveis de ansiedade (Conde & Figueiredo, 2005) e têm bebés com choro prolongado no período neonatal, irritabilidade e agitação; fraca interação entre mãe-filho e um maior medo em lidar com novos acontecimentos. Por sua vez, os bebés apresentam respostas mais agressivas e irritáveis em relação a sons normais nos primeiros nove meses (van den Heuve et al., 2014). Ainda no sentido de clarificar a relação entre os níveis de ansiedade durante a gravidez e as consequências no desenvolvimento da criança, Huizink e colaboradores (2002) realizaram uma investigação prospetiva composta por mulheres múltiplas. Estes autores partem da hipótese que o *stress* materno durante a gravidez está relacionado com um temperamento mais difícil da criança e maiores dificuldades de adaptação a situações novas.

No mesmo sentido, um estudo realizado por O'Connor e colaboradores (2002) indica que elevados níveis de ansiedade em período tardios da gravidez estão associados a hiperatividade/desatenção e à generalização dos problemas emocionais/comportamentais tanto nos rapazes quanto nas raparigas na infância (O'Connor et al., 2002). A nível comportamental, a ansiedade na gravidez acarreta inúmeras consequências para as crianças tanto a nível da comunicação social como a nível da interação social (Shahhosseini et al., 2015).

Além disso, um estudo realizado por Copper e colaboradores (1996), com uma amostra de 2593 grávidas, concluiu que as mulheres com melhores recursos pessoais (mestria ou controle percebido, autoestima e otimismo) têm bebês com um peso superior, enquanto aquelas que demonstram maiores níveis de ansiedade apresentam gestação mais curtas.

Em suma, a presença de perturbações emocionais (ansiedade e depressão) durante a gravidez interferem adversamente no desenvolvimento fetal, no tempo de gestação, no peso do bebê à nascença, no comportamento e desenvolvimento da criança (Conde & Figueiredo, 2005). Concluiu-se também que as mulheres grávidas com sintomas psicopatológicos tendem a apresentar uma menor adesão aos cuidados de saúde e maior comorbilidade com abuso de substâncias, especialmente o álcool e o tabaco, contribuindo para o aumento da morbilidade e mortalidade neonatais (Correia & Santo, 2017).

Por todas estas razões, a saúde mental da mulher grávida deve ser alvo de atenção por parte das equipas médicas. Uma avaliação criteriosa poderá detetar a existência de sintomas depressivos e ansiógenos que, tratados atempadamente, poderão evitar ou diminuir o risco de consequências negativas tanto para a mãe, como para o bebê.

3. Satisfação sexual

A satisfação sexual é considerada um dos fatores psicológicos mais estudados, no âmbito do estudo da sexualidade. Pechorro, Dinis e Vieira (2009) referem com base na literatura, que o conceito de satisfação sexual é composto por duas dimensões: satisfação sexual geral (relativa à satisfação da mulher com os tipos e frequência dos seus comportamentos sexuais) e satisfação com o seu companheiro.

Segundo Fuertes e López (1999 cit in Maia & Pessoa, 2009), para existir funcionamento sexual na sua plenitude é necessário: obter um grau aceitável de prazer conjunto nas atividades sexuais efetivas e interessar-se cada um pelo prazer do outro; a existência de um acordo mais ou menos geral no que respeita à frequência com que desejam manter determinados contactos sexuais e outro tipo de contactos físicos não meramente sexuais; a existência de algum tipo de variação nas relações, que vá mais além da típica sequência de jogos sexuais - coito; a ausência de problemas continuados na excitação sexual ou na obtenção do orgasmo; o auto conhecimento e a aceitação da própria sexualidade, incluindo aceitação do próprio corpo; e por fim, o conhecimento e aceitação da sexualidade do casal, isto é, conhecimento e aceitação das diferenças no que se refere a desejos, atitudes, preferências e atividades.

Assim, a satisfação sexual engloba uma componente pessoal e uma componente interpessoal, sendo que, em ambos os casos, a satisfação sexual dependeria dos desejos da pessoa por determinados tipos e frequências de atividades sexuais e tipos e comportamentos de companheiros (Pechorro et al., 2009).

A satisfação sexual parece estar intimamente relacionada com a satisfação conjugal. Assim, os homens e as mulheres que afirmam estar satisfeitos com os seus relacionamentos

conjugais mencionam com maior frequência estar satisfeitos com os seus relacionamentos sexuais (Pechorro et al.,2009). No entanto, foram encontradas diferenças entre homens e mulheres referentes as causas para a insatisfação sexual: as mulheres com insatisfação sexual atribuem este facto à qualidade emocional das interações sexuais (e.g. terem menos carinho, afeição e menos amor). Os homens tendem atribuir a insatisfação sexual à quantidade da atividade sexual, dado que os homens que se declaram insatisfeitos querem mais frequência e variedade de atividades sexuais. Assim, a satisfação sexual da mulher parece estar relacionada com aspetos emocionais e interpessoais da atividade sexual, mesmo que não inclua o prazer orgásmico (Pechorro et al.,2009).

Um estudo de Pechorro (2006) realizado com uma amostra de 152 mulheres portuguesas, detetou que cerca de um quarto dessas mulheres se declararam sexualmente insatisfeitas e que a satisfação sexual tende a declinar progressivamente à medida que a idade avança. No que se refere ao impacto dos filhos na sexualidade do casal os resultados não são consensuais e através de alguns estudos verificou-se que as mulheres múltiparas (com dois ou mais filhos) apresentavam uma prevalência superior de disfunção sexual (Çayan et al., 2004). Contrariamente, noutro estudo em 2008 refere que as mulheres múltiparas mostraram ter menos problemas orgásmicos do que as mulheres com apenas um filho. Além disso, comparativamente às mulheres que nunca tiveram filhos (um ou mais), as que tinham filhos (um ou mais) apresentaram maior satisfação sexual (Witting, et al., 2008).

No que se refere à relação entre os sintomas psicopatológicos e a satisfação sexual, os resultados de investigações prévias demonstram, consistentemente, uma associação positiva entre a presença de sintomas depressivos com os problemas sexuais, nomeadamente a redução do interesse e da resposta sexual quer nos homens, quer nas mulheres. De modo geral, tem-se verificado que nos indivíduos deprimidos, as taxas de comorbilidade com as disfunções sexuais são significativamente mais elevadas do que nos indivíduos não deprimidos (Basson, 2005; Mercan et al., 2006; Michael & O'Keane, 2000; Dobkin, Leiblum, Rosen, Menza, & Marin, 2006).

No mesmo sentido, outra investigação, conduzida por Gallicchio e colegas (2007), na qual foram analisadas 441 mulheres da população em geral revelaram que as mulheres que referiam ter menos saúde e as que experienciavam mais sintomas depressivos, eram também as que referiam menor satisfação nas suas relações sexuais (Gallicchio, et al., 2007).

Já no que concerne à presença de ansiedade, encontram-se também estudos na literatura que exploram a relação com a satisfação sexual. Um número significativo de investigações evidencia a elevada comorbilidade entre perturbações de ansiedade e disfunções sexuais, em indivíduos de ambos os sexos (Minnen & Kampman, 2000).

Purdon e Holdaway (2006), por exemplo, estudaram uma amostra não clínica de estudantes (47 homens e 50 mulheres), tendo verificado que, nas mulheres, os níveis de ansiedade elevados estavam relacionados com uma menor satisfação sexual. Também, Minnen e Kampman (2000) verificaram que a satisfação sexual estava negativamente associada com a psicopatologia em geral (depressão, ansiedade e somatização). Num outro estudo, constatou-se que, entre as mulheres sexualmente ativas, 13.7% apresentavam problemas sexuais e insatisfação com a sua vida sexual sendo que o funcionamento global, em termos de saúde

mental e a depressão estavam fortemente associados a problemas de insatisfação sexual (Lutfey, et al., 2009).

3.1. Satisfação sexual na gravidez

A vivência da sexualidade não é idêntica para todas as pessoas e na expressão dessa sexualidade deve considerar-se a interação de vários fatores como: a mulher, o seu companheiro, o feto, as questões de saúde e as influências culturais (Sueiro, Gayoso, Perdiz & Doval, 1998). A frequência com que as mulheres durante a gravidez têm relações sexuais com coito está relacionado com a idade da mulher, a duração do matrimônio e com o número de filhos (Sueiro et al., 1998). Na mulher, o comportamento sexual está relacionado com as modificações anatomofisiológicas que ocorrem durante a gravidez e com a história pessoal da mesma e do seu companheiro. Isto é, com a educação recebida, com as experiências individuais, com as suas relações pessoais e sexuais e ainda com as influências a nível social e familiar (Sueiro et al., 1998).

Silva e Figueiredo (2005) afirmam que “o período de gravidez e pós-parto é caracterizado por mudanças biológicas, psicológicas, relacionais e sociais intensas, que podem ter uma influência direta e indireta na vivência da sexualidade” (pag.2). Várias investigações apontam a gravidez e o pós-parto como uma fase crítica para o início ou agravamento de problemas sexuais, uma vez que o desejo e o interesse sexual tendem a diminuir (Silva & Figueiredo, 2005).

Todas as alterações fisiológicas que ocorrem durante a gravidez são acompanhadas por alterações psicológicas que podem ter impacto na vida da mulher grávida, nomeadamente, na sua disposição para a prática de relações sexuais (Pereira, Sezões, Esteves & Machado, 2011). Cada mulher tem uma forma diferente de lidar com o seu corpo, controlá-lo e percebê-lo durante a gestação e com algumas mulheres surgem dificuldades o que conseqüentemente traz implicações negativas para a sua vida sexual (Araújo, Salim, Gualda & Silva, 2012).

Algumas das alterações psicológicas devem-se às mudanças físicas inerentes a este período, levando a mulher a vivenciar “sentimentos de perda de autoestima devido a percepções subjetivas de fraca atratividade física e incapacidade de sedução” (Silva & Figueiredo, 2005, pag.4). Assim, a baixa autoestima é uma das modificações psicológicas mais referida pela mulher grávida, devido ao receio de não recuperar a sua forma física. Sendo a autoestima débil, isto pode levar a mulher a não se relacionar sexualmente com o companheiro, o que, conseqüentemente irá destabilizar a prática sexual do casal (Pereira, Sezões, Esteves & Machado, 2011).

No mesmo sentido, culturalmente, o período correspondente à gravidez constitui motivo para restringir ou terminar as relações sexuais (Araújo, Salim, Gualda & Silva, 2012). As principais justificações referidas são: para proteger o feto, evitar o aborto, numa primeira fase, e como forma também de evitar o nascimento prematuro, já no terceiro trimestre. Em algumas sociedades, proíbe-se a prática sexual com mulheres grávidas, visto que é apresentada como algo perigoso, podendo provocar impotência ou esterilidade. Já as mulheres nigerianas acreditam que as relações durante a gravidez são benéficas, contribuindo para facilitar o parto.

O mesmo fato pode ser observado no Japão, onde algumas gestantes acreditam que atividade coital permite simplificar o trabalho de parto (Araújo, Salim, Gualda & Silva, 2012).

Por outro lado, um estudo sobre a sexualidade mostrou que, durante a gestação, a disposição e o bem-estar da gestante estão diretamente ligados com a vida sexual ativa durante esse período. O estudo também mostrou que fatores como a sonolência, tristeza, culpa e medo em relação ao sexo, correlacionam-se negativamente na vida sexual do casal (Araújo, Salim, Gualda & Silva, 2012).

Alguns estudos sobre a sexualidade apresentam evidências que o interesse pela vida sexual apresenta um ligeiro declínio no primeiro trimestre, porém, acentua-se no último trimestre de gestação (Araújo, Salim, Gualda & Silva, 2012). Estes dados, no entanto, são variáveis entre as gestantes. Um estudo efetuado no Serviço de Obstetrícia do Hospital Egas Moniz, com 87 grávidas, conclui que 60% das mulheres preservaram a vida sexual no primeiro trimestre igual à que tinham antes de engravidar, 30% mencionaram uma diminuição e as restantes 5.88% indicaram um aumento da frequência. No 2º trimestre, 40% das mulheres afirmaram ainda ter a mesma atividade sexual que tinham antes de engravidarem, 20% referiram ter a mesma atividade que tinham no 1º trimestre, o aumento foi referido por 5 mulheres e a diminuição por 4. Já a nível do 3º trimestre a diminuição da atividade sexual foi realçada, com a exceção para 2 mulheres, que referiram um aumento desde o 1º trimestre (Branco, 1985 cit in Cunha, 2009). Os autores concluíram, assim, uma diminuição progressiva da atividade sexual, do desejo e da satisfação sexual, com o avançar da gravidez, sendo mais evidente nos últimos meses do período gestacional (Cunha, 2009). No mesmo sentido, outros investigadores, que se debruçaram sobre a questão da sexualidade durante a gravidez, relatam geralmente uma diminuição ao nível do desejo sexual e da frequência coital, entre o primeiro e o último trimestre de gestação (Silva & Figueiredo, 2005). Segundo os resultados obtidos num estudo os autores concluíram que a atividade sexual diminui significativamente e tende a deteriorar-se durante a gravidez. De acordo com os autores isto pode ser explicado no início do primeiro trimestre através dos sintomas como a fadiga, sensibilidade mamária, náuseas e vômitos (Aslam et al., 2005).

No mesmo sentido, um estudo de 2007 refere que que 14.3% das mulheres, durante a gravidez, não mantem relação sexuais e a maioria das mulheres tem uma redução significativa no desejo sexual (77.4%). A diminuição do desejo sexual foi atribuída principalmente a fatores psicológicos (50.3%). No entanto, um terço das grávidas (3.2%) mencionou ter mais desejo sexual no segundo trimestre de gravidez e cerca de metade (47.8%) refere ter uma vida sexual satisfatória no segundo trimestre. Mais de metade das mulheres (55%) afirmam sentir fadiga após a relação sexual e 9.7% asseguram terem tido um orgasmo durante a gestação (Khamis, Mustafa, Mohamed & Toson, 2007).

As mudanças fisiológicas e psicológicas que ocorrem durante a gravidez podem afetar a satisfação sexual, principalmente no terceiro trimestre de gestação. Neste período, o declínio das relações sexuais parece estar relacionado com as contrações uterinas, o medo de prejudicar o bebé, diminuição da libido, a baixa autoestima e fadiga (Erbil, 2017). O terceiro trimestre de gravidez caracteriza-se por imensas alterações corporais vivenciadas pela futura mãe, que

podem contribuir para a diminuição da libido e conseqüentemente, da atividade sexual. Além disso, o parceiro pode sofrer uma perda no interesse sexual devido às alterações físicas da sua companheira e do receio em magoar o bebê e a mulher (Leite et al., 2009; Erbil, 2017).

Sydow (1999) apresenta a dispareunia (dor durante o coito) e o medo de magoar o feto como os principais fatores relacionados com os problemas sexuais decorrentes da gravidez. Este medo de magoar o bebê é evidente tanto nas mulheres como nos seus companheiros. O último trimestre de gravidez é aquele em que as gestantes frequentemente se encontram num período de maior vulnerabilidade, na medida em que relatam irritabilidade decorrente de contrações uterinas provocadas pelo orgasmo, desconforto experienciado nas posições de coito, percepção subjetiva de escassa atratividade física, ou ainda frustração pela percepção de falta de satisfação por parte do companheiro.

Contudo, outros autores apresentam resultados contraditórios. Um estudo de 2005, com 83 grávidas concluiu que a maioria das grávidas (83%) mantem o interesse na atividade sexual e apenas 4% respondeu “sem grande interesse”. Das 83 grávidas que mantiveram relações sexuais, 90% referiu atividade sexual prazerosa e 10% referiu não ter tido satisfação ou mesmo desgosto. Cerca de setenta e quatro (90%) mulheres referiu ter alcançado o orgasmo em pelo menos metade das vezes. A frequência de orgasmo correlacionou-se de forma positiva com o tempo de relacionamento que mantinham com os parceiros (Silva & Figueiredo, 2005).

Por outro lado, Sueiro, Gayoso, Perdiz e Doval (1998) referem que nem o desejo sexual nem a frequência sexual são afetados pela gravidez. Defendem a existência de mudanças ao nível do comportamento sexual, nomeadamente ao nível das posições de coito que modificam a vida sexual. Verificam ainda que, em alguns casos, o coito é substituído pela masturbação e pela introdução de práticas sexuais gratificantes para ambos os cônjuges. Por último, Silva e Figueiredo (2005) referem ainda que cerca de 57 % das mulheres encontram-se insatisfeitas com a sua vida sexual após o parto, levando a que um terço dos casais vivenciem uma vida sexual pouco satisfatória, mantendo essas dificuldades durante um período médio de três a quatro anos após o nascimento da criança.

Em suma, a gravidez não tem de levar à rutura da vida sexual do casal, que outrora era satisfatória e pode prolongar-se durante todo o período gestacional, evitando problemas na relação conjugal. O casal deve adaptar a vida sexual a cada fase da gravidez, mantendo a harmonia e o bem-estar uma vez que isso vai ter influência sobre a saúde mental e corporal do casal.

Capítulo II- Metodologias

O presente capítulo tem como objetivo descrever a metodologia adotada para a realização do estudo, apresentando uma breve apresentação do mesmo e dos seus objetivos, de acordo com a revisão de literatura realizada previamente. Posteriormente serão apresentados os procedimentos adotados para a recolha e a caracterização da amostra, de modo a possibilitar uma melhor percepção da população alvo estudada nesta investigação. Por fim, serão descritos os instrumentos utilizados na investigação e os procedimentos de análise dos dados.

2.1) Apresentação do Estudo e Objetivos

Esta dissertação integra-se no projeto de Investigação Sexualidade & Gravidez (#5) e tem como finalidade o estudo de variáveis ao nível relacional e clínico. O projeto foca-se no desenvolvimento de sintomas psicopatológicos (ansiedade e depressão) na gravidez e na satisfação sexual vivida pelas futuras mães.

Nas últimas duas décadas, temos assistido a um maior interesse pelo estudo das perturbações psiquiátricas perinatais, devido às evidências que esta fase da vida da mulher é caracterizada pela ocorrência de alterações fisiológicas no organismo materno (Nascimento, Amorim, Primo & Castro, 2009), tornando a mulher mais predisposta ao desenvolvimento de sintomas psicopatológicos.

A gravidez e a maternidade são vulgarmente descritas como uma das tarefas desenvolvimentais mais significativas da idade adulta e constituem etapas marcantes, extremamente significativas na vida da mulher. A gravidez, principalmente a primeira, exige uma reorganização por parte da mulher, a nível biológico, cognitivo, emocional, relacional e social, que conseqüentemente transforma o corpo da progenitora, o seu *self*, as suas figuras significativas e a sua comunidade (Canavarro, 2001; Canavarro, 2006). Assim, a gravidez é um período em que a mulher fica mais predisposta ao stresse socio-ambiental e é possível que fatores relacionados com o aparecimento/desenvolvimento de ansiedade e tristeza possam influenciar a incidência de sintomas psicopatológicos durante o pré-natal (Nascimento, Amorim, Primo & Castro, 2009).

Também, em relação, à sexualidade na gravidez, a maioria dos autores refere um declínio na capacidade orgásmica, uma diminuição ao nível do desejo sexual, bem como a redução da frequência coital, entre o primeiro e o último trimestre de gestação (Silva & Figueiredo, 2005).

Neste sentido, é de enorme importância promover a educação para a saúde, seja esta saúde física ou saúde mental durante a gravidez, permitindo assim, conhecer os principais fatores de risco durante a gestação. Conseqüentemente isso iria contribuir para diminuir o desenvolvimento de estados mentais negativos nas mulheres grávidas e puérperas e naturalmente, reduzir as conseqüências tanto para a mãe como para a criança (Conway & Kennedy, 2004).

O presente estudo situa-se na área da psicologia da gravidez, tendo por finalidade refletir sobre a existência de sintomas psicopatológicos na mulher grávida e conhecer os níveis de satisfação sexual durante este período.

Segundo a revisão bibliográfica realizada, podemos concluir o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos durante a gestação e a satisfação sexual é influenciada por variáveis como a depressão, ansiedade, as quais são medidas por fatores como acontecimentos de vida negativos durante a gravidez e no passado, o apoio recebido durante a gestação, a existência de sintomatologia psicológica/ psiquiátrica no passado, entre outros. Partindo deste pressuposto, propusemo-nos a avaliar a existência de sintomas psicopatológicos (depressão e ansiedade) durante a gravidez, bem como avaliar a Satisfação Sexual neste mesmo período.

Como objetivos específicos pretendemos: (1) Avaliar os níveis de sintomatologia psicopatológica e de Satisfação Sexual durante a gravidez; (2) Comparar variáveis **sóciodemográficas** recolhidas (idade, habilitações literárias, atividade profissional, estado civil) com o nível de sintomas psicopatológicos (utilizando IGS) e de satisfação sexual; (3) Comparar **variáveis obstétricas** (tempo de gravidez, paridade, planeamento/aceitação da gravidez) com o nível de sintomas psicopatológicos (utilizando IGS) e de satisfação sexual; (4) Comparar **variáveis relacionadas com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza ao longo da gravidez** (apoio social); ocorrência de acontecimentos de vida negativos antes e durante a gestação; acompanhamento psicológico/psiquiátrico no passado) com o nível de sintomas psicopatológicos (utilizando IGS) e de satisfação sexual; e (5) Verificar a relação existente entre as **variáveis relacionadas com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza ao longo da gravidez** (apoio social); ocorrência de acontecimentos de vida negativos antes e durante a gestação; acompanhamento psicológico/psiquiátrico no passado) com a presença de sintomas psicopatológicos (ansiedade e depressão) e com a satisfação sexual; (6) avaliar a relação preditiva entre a presença de sintomatologia psicopatológica (depressão e ansiedade) e de satisfação sexual com **variáveis relacionadas com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza ao longo da gravidez** (apoio social); ocorrência de acontecimentos de vida negativos antes e durante a gestação; acompanhamento psicológico/psiquiátrico no passado) numa amostra de mulheres grávidas.

2.2. Desenho do estudo

Do ponto de vista metodológico, com base na revisão da literatura efetuado e nos objetivos propostos, optou-se pela realização de um **estudo quantitativo**, porque possibilita explicar e prever um determinado fenómeno através da medida de variáveis e pretende recolher dados observáveis e quantificáveis permitindo uma análise numérica, através de testes e procedimentos estatísticos.

Relativamente ao *design* do estudo caracteriza-se por uma investigação com um **design correlacional**, visto que o objetivo é compreender a associação entre as variáveis. Assim, deseja-se explorar relações entre as variáveis, bem como explicar e identificar a natureza dessas relações, com o intuito de proporcionar uma imagem completa do fenómeno que se

deseja estudar (Martins, 2011). É considerado também um estudo **comparativo**, pois pretende comparar duas ou mais variáveis com o intuito de encontrar semelhanças ou diferenças entre estas (Martins, 2011). Considera-se o presente estudo um estudo **descritivo**, uma vez que pretende conhecer fatores ou percepções ligadas a um determinado fenómeno, possibilitando o aumento da compreensão do mesmo (Aragão, 2011).

No que concerne à recolha de dados, este estudo é **transversal** na medida em que a aplicação dos questionários será realizada num único momento no tempo, recorrendo-se à amostra apenas uma vez (Martins, 2011). Os estudos transversais, apesar de impossibilitarem o estabelecimento de relações causais, possibilitam a resposta a questões de investigação particulares e importantes, através da análise de associações concorrentes entre variáveis (Martins, 2011).

Relativamente, ao procedimento de recolha de informação foram utilizados questionários de autorresposta, em que, o consentimento informado e a confidencialidade estiveram sempre salvaguardados. A opção pelos questionários de autorresposta e anónimos prende-se por um lado com o facto de abordarmos temáticas como a satisfação sexual e a existência ou não de sintomas de depressão e ansiedade e por outro com razões práticas a nível de recursos materiais, financeiros e de gestão de tempo. Contudo, tem também associado o risco de enviesamentos vários, entre eles o desejo de apresentar uma imagem favorável.

Posteriormente far-se-á uma breve descrição e caracterização da amostra e dos instrumentos de avaliação utilizados.

2.3. Caracterização da amostra

2.3.1. Fatores relacionados com as variáveis sociodemográficas

A amostra deste estudo é constituída por um total de 131 participantes, os quais responderam validamente aos questionários aplicados. Na amostra total, a **idade das gestantes** varia entre os 16 e os 42 anos sendo a média das idades de 31.32 e o desvio padrão de 6.495.

Referente ao **local de residência**, verifica-se que 60.3% das grávidas reside em zona urbana pequena e 39.7 em zona urbana grande. ¹

Em relação às **habilitações académicas** das gestantes, verifica-se que 48.1% das mulheres desta amostra possui o 12ºano de escolaridade, 24.4% possui Licenciatura, 18.3% afirma ter estudado até ao 9ºano, enquanto 8.4 % possui mestrado. Apenas uma mulher refere ter o 4ºano de escolaridade, o que representa 0.8% desta amostra.

No que se refere à **situação profissional** das participantes, a maioria (71.5%) afirma encontrar-se empregada e 17.7% encontram-se desempregadas.

Em relação ao **estado civil** verifica-se que as participantes, na sua maioria encontram-se casada (56.5%) e em união de facto (33.6%), embora algumas grávidas estejam solteiras (9.9 %) (cf.tabela 2).

¹ Considera-se para o efeito a marca de 50 000 habitantes

Tabela 2
Variáveis sociodemográficas (N=131)

Variáveis		N	%
Idade	Gestantes <31 anos	67	51.5%
	Gestantes > 31 anos	62	48.1%
Local de Residência ¹	Zona Urbana Pequena	79	60.3%
	Zona Urbana Grande	52	39.7%
Escolaridade	9ºano	25	19.1%
	12ºano	63	48.1%
	Licenciatura	32	24.4%
	Mestrado	11	8.4%
Situação profissional	Estudante	5	3.8%
	Empregada	93	71.5%
	Desempregada	23	17.7%
Estado Civil	Solteira	13	9.9%
	União de Facto	44	33.6%
	Casada	74	56.5%

2.3.2- Variáveis Obstétricas

Relativamente ao **tempo de gravidez**, a maioria da amostra (65.1%) encontra-se no terceiro trimestre (26 as 40 semanas); entre as 14 e 25 semanas (segundo trimestre) encontram-se 18.5% e por sua vez, 16.1% representa as grávidas no primeiro trimestre de gravidez (<13 semanas)

A nível do **planeamento da gravidez**, 73.9% das participantes grávidas no estudo afirmam ter sido planeada/ desejada, enquanto 26.8% refere que não foi planeada mais aceite por ambos os pais. Podemos verificar a partir da observação da tabela 3, que as participantes na sua maioria são **multíparas** (51.2%) e em 35.1% dos casos são **primíparas**. Quanto ao **número de filhos vivos**, 44.2% % refere ter um filho, 13.3% ter dois e 1.8% ter três filhos (cf.tabela 3).

Tabela 3
Variáveis obstétricas (N=131)

Variáveis		N	%
Tempo de gravidez	1º Trimestre (<13 semanas)	20	16.1%
	2º Trimestre (entre as 14 e 25 semanas)	23	18.5%
	3º Trimestre (entre as 26 e 40 semanas)	80	65.1%
Planeamento/Aceitação	Planeada/desejada	93	73.2%
	Não planeada mas aceite por ambos os pais	34	26.8%
Ordem da gravidez	Múltiparas	67	59.3%
	Primíparas	46	40.7%
Número de filhos vivos	Um filho	50	44.2%
	Dois filhos	15	13.3%
	Três filhos	2	1.8%

2.3.4. Variáveis relacionadas com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza ao longo da gravidez

No que concerne ao **apoio durante a gravidez**, 47.2% das grávidas refere que têm apoio do cônjuge/ companheiro. Percecionam ainda o apoio conjunto do cônjuge/companheiro, mãe e pai (7.1%) e a mesma percentagem refere o apoio conjunto do cônjuge/companheiro, mãe, amigos e médico.

Referente à existência de acontecimentos que contribuíram para **ocorrência/agravamento de acontecimentos geradores de ansiedade ou tristeza no período que antecedeu gravidez² atual**, 80.3% das participantes afirmam ter sido um processo normativo. Por sua vez, 9.4% das grávidas sofreram um aborto espontâneo antes da gravidez atual, 5.1% afirmam ter tido dificuldades em engravidar e apenas uma grávida recorreu a tratamento para infertilidade (0.9%). É importante referenciar que 4.3% das participantes referiram que ocorreram outros acontecimentos mas não foram especificados.

Podemos ainda verificar que à **variável relacionada com a ocorrência/agravamento de acontecimentos geradores de ansiedade ou tristeza durante a gravidez**, 63.1% das participantes afirmam não terem vivenciado acontecimentos de vida marcantes que refletissem sentimentos de ansiedade ou tristeza. Em contrapartida, 36.9% a nomeadamente: mudança de residência (7.4%), morte de pessoas próximas (6.6%), mudança de emprego (4.9%) e outros acontecimentos marcantes (14.8%), surgindo a ecografia morfológica e a interrupção voluntária da gravidez (IVG) apontados como os fatores geradores de maior ansiedade.

Observando a tabela 4, concluiu-se que 77% das mulheres grávidas não necessitou de **acompanhamento psicológico/psiquiátrico** no passado, enquanto 23% das mulheres afirmam já ter recorrido a apoio psicológico. As participantes que afirmam terem usufruído de apoio

² Consideram-se acontecimentos relacionados diretamente com a gravidez atual no ano anterior à ocorrência da gravidez

psicológico, 23.7% apresentaram como motivos: depressão (12%), ansiedade (3.2%) e depressão pós-parto (1.6%).

Tabela 4

Variáveis relacionadas com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza ao longo da gravidez (N=131)

Variáveis		N	%
Apoio durante a gravidez	Cônjuge/ companheiro	60	47.2%
	Cônjuge/companheiro, mãe, pai, amigos e médico	9	7.9%
	Cônjuge/companheiro, mãe e pai	9	7.1%
Acontecimentos que antecederam a gravidez atual	Nenhum	93	73.2%
	Aborto Espontâneo	11	9.4%
	Dificuldades em engravidar	6	5.1%
	Tratamentos para Infertilidade	1	0.9%
	Outros	5	4.3%
Acontecimentos de vida marcantes durante a gestação		77	
	Nenhum acontecimento		63.1%
	Ocorreu um acontecimento(s) entre os quais:	45	36.9%
	Mudança de residência	9	7.4%
	Morte de pessoas próximas	8	6.6%
	Mudança de emprego	6	4.9%
	Outros	18	4.9%
Acompanhamento psicológico	Não	97	77%
	Sim	29	23%

2.4. Instrumentos

Após uma pesquisa ponderada e uma análise detalhada, foram apurados os questionários que se revelaram adequados à recolha de informação relativa aos objetivos propostos, nomeadamente: o questionário sociodemográfico e dois questionários de autopreenchimento (Inventário de Sintomas Psicopatológicos - BSI e Questionário de satisfação sexual). De seguida, passaremos, a caracterizar os instrumentos utilizado.

2.4.1. Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi desenvolvido pela equipa de investigação, tendo como finalidade aceder a informações que permitissem conhecer e compreender as características dos sujeitos da amostra. Assim sendo, o questionário sociodemográfico é

composto por questões fechadas e perguntas de tipo *Likert*. Este questionário pretende avaliar diversas variáveis demográficas, nomeadamente sexo, idade, estado civil, habilitações académicas, agregado familiar, situação laboral, profissão atual ou anterior, entre outros. Possui também questões relativas à gravidez, como o tempo de gestação, acontecimentos negativos que antecederam a gravidez atual, acontecimentos marcantes durante a gravidez atual e se a gravidez foi planeada/aceite por ambos os pais. É constituído também por questões relacionados com a saúde mental como por exemplo, se recorreu a acompanhamento psicológico/psiquiátrico no passado.

2.4.2. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI, Derogatis, 1993; Canavarro, 1999)

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos é uma versão abreviada do SCL-90 de Derogatis desenvolvida por Derogatis (1993 cit in Canavarro, 2007)

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos é um inventário que tem como objetivo avaliar sintomas psicopatológicos através de nove dimensões - Somatização, Obsessões - Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fobia, Ideação Paranoide e Psicoticismo. Avalia também três índices globais de perturbações emocionais: Índice Geral de Sintomas (IGS), Total de Sintomas Positivos (TSP) e o Índice de Sintomas Positivos (ISP).

Segundo Canavarro (2007) este instrumento é um excelente indicador de sintomas do foro psicopatológico e discriminador de saúde mental, permitindo distinguir indivíduos com perturbações emocionais. É um inventário de auto -resposta com 53 itens, onde o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afetou durante a última semana, numa escala tipo *Likert* que varia entre “Nunca” (0) a “Muitíssimas vezes” (4) (Moreira & Gonçalves, 2010).

As nove dimensões primárias foram explicadas da seguinte forma:

Somatização: que reflete o mal-estar resultante da perceção do funcionamento somático, isto é, queixas centradas nos sistemas cardiovasculares, gastrointestinal, respiratório ou outro qualquer sistema com clara mediação autonómica. Dores musculares e outros equivalentes somáticos de ansiedade são igualmente componentes de somatização (inclui sete itens: 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37);

Obsessões-Compulsões: esta dimensão inclui as cognições, impulsos e comportamentos que são percecionados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam egodistónicos e de natureza indesejada. Estão também incluídos nesta dimensão comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral (inclui sete itens: 5, 15, 26, 27, 32 e 36);

Sensibilidade Interpessoal: esta dimensão centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade, particularmente na comparação com outras pessoas. A autodepreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez, durante as interações sociais são as manifestações características desta dimensão (inclui quatro itens: 20, 21, 22 e 42); **Depressão:** os itens que

constituem esta dimensão, refletem o grande número de indicadores de depressão clínica. Estão representados os sintomas de afeto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida (inclui sete itens: 9, 16, 17, 18, 35 e 50);

Ansiedade: dimensão na qual são contemplados sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico. Componentes cognitivas que envolvem apreensão e alguns correlatos somáticos de ansiedade também foram considerados (inclui seis itens: 1, 12, 19, 38, 45 e 49);

Hostilidade: inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afetivo negativo da cólera (inclui cinco itens: 6, 13, 40, 41 e 46);

Ansiedade fóbica: esta dimensão é definida como a resposta de medo persistente (em relação a uma pessoa, local ou situação específica) que sendo irracional e desproporcionado em relação ao estímulo, conduz ao comportamento de evitamento. Os itens desta dimensão centram-se nas manifestações do comportamento fóbico mais patognomónicas e disruptivas (inclui cinco itens: 8, 28, 31, 43 e 47);

Ideação Paranóide: representa o comportamento paranoide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo. O pensamento projetivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios são vistos primariamente como os reflexos desta perturbação (inclui cinco itens: 4, 10, 24, 48 e 51);

Psicoticismo: esta escala foi desenvolvida de modo a representar este constructo como uma dimensão contínua da experiência humana. Abrange itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizoide, e sintomas primários da esquizofrenia como alucinações e controlo de pensamento. A escala fornece um contínuo graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro à evidência dramática de psicose (inclui cinco itens: 3, 14, 34, 44 e 53) (Canavarro, 2007).

Existem quatro itens do BSI (itens 11,25,39 e 52) que apesar de desempenharem um papel fundamental não são contempladas em nenhuma das dimensões sendo apenas considerado nas pontuações dos três Índices Globais.

Estas três pontuações gerais foram descritas por Derogatis (1993 cit in Canavarro, 2007) do seguinte modo:

- **Índice Geral de Sintomas (IGS):** este diz respeito a uma pontuação combinada que pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados;
- **Índice de Sintomas Positivos (ISP):** oferece a média da intensidade de todos os sintomas que foram assinalados.
- **Total de Sintomas Positivos (TSP):** enquanto o ISP é uma medida de intensidade dos sintomas, o TSP representa o número de queixas sintomáticas apresentadas. Teoricamente, um indivíduo pode apresentar um ISP baixo, indicando que os sintomas que tem não são particularmente intensos e perturbadores mas possuir um TSP elevado, apontando para uma complexa de sintomatologia (Canavarro, 2007).

Canavarro (1999) tendo verificado que todas as pontuações obtidas no BSI permitiam discriminar entre indivíduos perturbados emocionalmente e indivíduos pertencentes a população geral, estabeleceu um ponto de corte entre os dois grupos, utilizando o ISP e obedecendo a fórmula de Fisher para o ponto de corte. Com base nos resultados obtidos refere

que, com uma nota no ISP do BSI superior ou igual a 1.7, é provável encontrar pessoas perturbadas emocionalmente e, abaixo desse valor, indivíduos da população geral.

A versão portuguesa foi aferida por Canavarro (1995), com 551 sujeitos (clínicos e não clínicos). O Alpha de Cronbach das escalas oscilou entre 0.71 e 0.85, o que indica uma boa consistência interna (Moreira & Gonçalves, 2010).

No que diz respeito à análise de confiabilidade, o presente estudo obteve um **Alpha de Cronbach** de .717 (cf.tabela 5), o que corresponde a uma consistência interna muito boa.

Tabela 5

Cálculo da confiabilidade do Inventário de Sintomas Psicopatológicos através do alfa de Cronbach

Alpha de Cronbach	
BSI	.717

2.4.3. Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGHSFQ)

O MGH-SFQ foi elaborado a partir do *Guided Interview Questionnaire* e da *Arizona Sexual Experiene Scale* (Sierra, Vallejo-Medina, Santos-Iglesias & Fernández, 2012).

O questionário é formado por cinco itens: interesse sexual, capacidade de excitação, capacidade de conseguir o orgasmo, capacidade para conseguir e manter a ereção (só para homens) e satisfação sexual (Sierra, Vallejo-Medina, Santos-Iglesias & Fernández, 2012; Marchal-Bertrand et al., 2016).

Devido ao número reduzido de itens caracteriza-se por ser um instrumento de grande interesse para a prática clínica, no momento de detetar disfunções sexuais, podendo desempenhar um papel crucial na prevenção primária. É igualmente fundamental na identificação de disfunções sexuais em homens com perturbações psiquiátricas e doenças clínicas, sendo eficaz ainda na descoberta de disfunções sexuais femininas (Sierra, VallejoMedina, Santos-Iglesias & Fernández, 2012; Marchal-Bertrand et al., 2016).

O presente questionário tem a capacidade de detetar os efeitos que determinados fármacos têm sobre o funcionamento sexual, assim como, identificar os efeitos positivos que a terapia cognitiva-comportamental exerce nos problemas sexuais em pacientes com perturbações psicológicas (Sierra, Vallejo-Medina, Santos-Iglesias & Fernández, 2012).

Para a presente investigação recorreremos ao questionário de satisfação sexual, uma vez que um dos objetivos é avaliar a satisfação sexual na gestação e a influência dos sintomas psicopatológicos na satisfação sexual.

Assim, o questionário é constituído por doze questões e uma escala de *Likert*: 1 (*totalmente insatisfeito/a*); 2(*Insatisfeito/a*); 3 (*Nem satisfeito/a nem satisfeito/a*); 4 (*satisfeito/a*); 5 (*Totalmente satisfeito/a*).

Existe uma validação psicométrica portuguesa desta escala, aferida por Pereira (2017). Tendo sido testada a fiabilidade e confiabilidade desta escala, obteve-se um alfa de Cronbach de .94 (Pereira, 2017), o que pode classificar-se como excelente (Marôco, 2013).

No que diz respeito ao presente estudo obteve-se um **Alpha de Cronbach** de .914 (cf. tabela 6), o que corresponde a uma consistência interna excelente.

Tabela 6

Cálculo da confiabilidade do Questionário de Satisfação Sexual através do alfa de Cronbach

Alpha de Cronbach	
SS	.914

2.5. Procedimentos

2.5.1. Procedimento de recolha da amostra

No processo de recolha da amostra, após a aprovação do estudo pela comissão de curso do 2º ciclo de Psicologia da UBI quanto aos aspetos científicos e éticos, procedeu-se à realização do pré-teste dos questionários. Seguidamente, iniciou-se um processo de disseminação de um link construído para o efeito da investigação numa conta do Google Drive © através das redes sociais, de contactos eletrónicos e ainda através da inscrição em alguns fóruns, nomeadamente acerca de sexualidade e ainda de gravidez, de forma a conseguir participantes para a amostra.

Em simultâneo, o projeto de investigação foi apresentado ao Conselho de Administração do Hospital S. Teotónio de Viseu, nomeadamente à comissão de ética, com o intuito de pedir o consentimento para a realização da recolha, para que fosse possível proceder à recolha presencial. Após a obtenção da autorização, iniciámos o processo de recolha num primeiro momento, estabeleceu-se o contacto com as mulheres grávidas que se encontravam na sala de espera para as consultas de diabetes gestacionais, consultas de medicina fetal ou para realizar a cardiocotografia, referindo-se que a colaboração das participantes era voluntária. Procedeu-se ao esclarecimento de forma individualizada no que consistia o presente estudo, os seus objetivos e a importância do projeto, de modo a proporcionar elementos para uma melhor compreensão e facilitar a tomada de decisão para colaborar ou não, assegurando-lhes que todos os dados recolhidos seriam utilizados apenas para fins do mesmo. Todas as participantes assinaram o consentimento informado e foi-lhes garantido a confidencialidade dos dados.

2.5.2. Tratamento estatístico dos dados

O tratamento dos dados foi realizado através de **métodos de estatística descritiva e inferencial**, com recurso a diferentes testes, consoante as características das variáveis em análise e o cumprimento dos pressupostos necessários à execução dos mesmos.

A base de dados de trabalho foi construída de raiz, contemplando todas as variáveis presentes no protocolo. Foi realizado, primeiramente, o tratamento de dados relativos à caracterização da amostra, em termos das variáveis sociodemográficas.

Procedeu-se assim ao cálculo da **consistência interna** dos resultados obtidos nas escalas e subescalas através do Alpha de Cronbach. Este é uma das medidas mais utilizadas para verificar a consistência interna de um grupo de variáveis (itens), constituindo uma medida associada à fiabilidade interna do instrumento (Marôco & Garcia-Marques, 2006).

Relativamente à escolha dos testes utilizados no nosso estudo, baseámo-nos no Teorema do Limite Central, que refere que para amostras de dimensão superior a 25-30 sujeitos, a atribuição da média da amostra é aproximada à normal. Neste sentido, este teorema permite explicar a utilização de testes paramétricos em amostras elevadas (Marôco & Bispo, 2005). Assim, visto que amostra deste estudo é composta por 131 mulheres, permitiu-nos recorrer a testes paramétricos, pois segundo o Teorema do Limite Central, quanto maior o tamanho da amostra, mais próximo de encontra da curva de distribuição normal (Marôco & Bispo, 2005).

Neste sentido, para comparar médias de tendência central entre dois grupos interdependentes recorreu-se ao T-test, e entre mais de três grupos ao teste paramétrico de análises univariadas (ANOVA) (Martins, 2011). Para averiguar a existência de uma associação entre as variáveis, utilizamos o **Coefficiente de correlação de Pearson** que permite avaliar a força e a direção da associação entre duas ou mais variáveis, sendo que os valores podem variar entre -1 e 1. Portanto, quanto mais próximo estiver dos extremos, maior será a associação entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2005; Martins, 2011).

Para a análise estatística das informações recolhidas foi estabelecido como **nível de significância** $p \leq .05$, na medida em que se considera o nível 5% como sendo o máximo aceitável para estabelecer que é estatisticamente significativo (Martins, 2011).

Por fim, para além de perceber a associação entre as variáveis em estudo, também foi pertinente analisar a relação entre as mesmas de modo a explanar o comportamento da variável dependente, neste sentido, utilizou-se a **Regressão Linear Múltipla**. Desta forma, o recurso a este tipo de regressão é muito útil para situações nas quais se deseja prever a presença ou ausência de uma característica ou resultado, baseado num conjunto de variáveis predictoras (Figueira, 2006).

No que concerne ao tratamento da amostra, recorreu-se ao programa SPSS (versão 23.0) para análise estatística (*Statistic Package for the Social Sciences*).

Capítulo III - Resultados

De forma a facilitar a apresentação e compreensão dos principais resultados obtidos, optou-se pela sua apresentação de acordo com os objetivos definidos para este estudo.

3.1) **Objetivo 1:** Avaliar os níveis de sintomatologia psicopatológica e de satisfação sexual;

Com a finalidade de descrever os dados recolhidos através de vários indicadores estatísticos, optou-se por primeiramente realizar uma análise descritiva. Neste sentido, na tabela 7 apresentam-se os resultados globais obtidos (média e desvio-padrão) no IGS que compõe o BSI, bem como as suas dimensões Depressão e Ansiedade. De salientar que apenas analisaremos em maior pormenor estas duas dimensões, das nove que compõem a escala BSI, por serem as mais retratadas na literatura como manifestações de sintomatologia psicopatológica na gravidez e aquelas que descrevemos mais exaustivamente no capítulo I.

Tabela 7

Média e desvio padrão do índice do BSI (IGS) e de duas dimensões do mesmo (Depressão e Ansiedade)

Variáveis	População em estudo	
	Média	Desvio Padrão
BSI_IGS	1.902	.773
BSI_Depressão	.219	.108
BSI_Ansiedade	.212	.082

No IGS a média obtida foi de 1.902 (DP = .773), sendo que para as dimensões **depressão** e **ansiedade**, os indivíduos obtiveram uma média de .219 (DP = .108) e de .212 (DP = .082), respetivamente. Neste sentido, em média os indivíduos avaliados neste estudo não apresentaram sintomatologia psicopatológica dado que em nenhum dos índices e dimensões estudadas apresentaram resultados favoráveis à existência deste tipo de sintomas. Foi ainda possível verificar que 84% das participantes da amostra não apresentaram sintomatologia psicopatológica e apenas 16% apresentam sintomas psicopatológicos.

Relativamente aos resultados do **Questionário de Satisfação Sexual**, apresentam-se na tabela 8 os resultados globais obtidos no total do questionário.

Tabela 8

Estatística descritiva dos resultados do Questionário de Satisfação Sexual (percentagens, média, desvio padrão)

Questionário de Satisfação Sexual	N	%	Média	DP
Totalmente Insatisfeita	7	5.6%		
Insatisfeita	9	7.1%		
Normal	83	65.9%	3.824	.947
Satisfeita	23	18.3%		
Totalmente satisfeita	4	3.1%		

Para se poder avaliar a **Satisfação Sexual**, realizou-se o cálculo da mediana teórica, de modo a obter-se um ponto de corte ($Mdn=36$). Segundo o ponto de corte delineado, pode-se afirmar que no presente estudo 92% das mulheres encontram-se satisfeitas com a sua vida sexual e apenas 7 % das mulheres grávidas demonstram insatisfação face à sua vida sexual.

3.2. **Objetivo 2:** Comparar as variáveis sócio demográficas com o nível de sintomas psicopatológicos (utilizando IGS) e de satisfação sexual;

Diferenças entre as escalas e a variável idade da gestante

Na presente investigação pretendeu-se perceber se existem diferenças entre a **idade das gestantes** em relação à sintomatologia **depressiva** e à **satisfação sexual** vivenciada durante a gravidez. Deste modo, para analisar os resultados das escalas, ou seja, do IGS e o Questionário de Satisfação Sexual, optou-se por recorrer ao Teste t-student, de modo averiguar se existem diferenças entre as variáveis.

A leitura da tabela 9 permite-nos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativa entre os valores obtidos no **IGS** e na **Satisfação Sexual** com a **idade da gestante**, sendo que esta variável é composta por dois grupos: idade inferior a 31 anos e idade superior a 31 anos.

Tabela 9

Análise das diferenças do BSI (IGS) e o Questionário de Satisfação Sexual, em função da idade - teste de t-student

	Idade da gestante				t.	p.
	>31 anos		< 31 anos			
	N	Média (DP)	N	Média (DP)		
IGS	58	2.000 (.711)	52	1.777 (.828)	1.518	.448
Satisfação Sexual	62	45.781 (11.395)	58	54.00 (8.485)	.776	.816

Assim, quando consideramos a influência da variável idade da gestante em relação ao **Índice Geral de Sintomas (IGS)** podemos verificar um valor de $t(108)=1.518$ que origina um p value de aproximadamente .448. Neste sentido, considerando um nível de significância de 5% não existem evidências que nos levem a afirmar que em média os níveis de sintomas psicopatológicos são superiores nas gestantes com menos de 31 anos. Através dos resultados obtidos no **Questionário de Satisfação Sexual**, podemos ainda concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a **idade da gestante** e a **satisfação sexual** ($t(118)=.776$, $p=.816$).

Diferenças entre as escalas e a variável habilitações literárias

Para análise da existência de diferenças entre a **variável habilitações literárias** e os valores obtidos no **IGS** e na **Satisfação Sexual** efetuámos uma análise de variância unifatorial (ANOVA). Com os resultados apresentados na tabela 10, podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas em relação aos valores obtidos no **IGS** ($F(4) = .056$; $p=.982$) e no **Questionário de Satisfação Sexual** ($F(3) = .510$; $p=.676$) e a **variável habilitações literárias**.

Tabela 10*Análise das diferenças do IGS e a satisfação sexual, com base nas habilitações literárias - teste ANOVA*

	Habilitações Literárias	N	Média	DP	F(3)	Sig.
IGS	Até ao 9º ano	19	1.914	.623	.056	.982
	12ºano	53	1.924	.889		
	Licenciatura	30	1.879	.521		
	Mestrado	9	1.821	.958		
	Total	111				
SS	Até ao 9º ano	22	48.545	10.238	.510	.676
	12ºano	59	45.101	12.276		
	Licenciatura	30	45.433	10.659		
	Mestrado	10	46.400	10.996		
	Total	121				

Diferenças entre as escalas e a variável situação profissional

Também se verificou que em relação à **variável situação profissional** e os resultados obtidos no IGS, não existem diferenças estatisticamente significativas ($F(4) = .390$; $p = .815$). No mesmo sentido, verificou-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre a **situação profissional** e a **satisfação sexual**, ($F(4) = .618$; $p = .651$) (cf. tabela 11).

Tabela 11*Análise das diferenças do IGS e a Satisfação Sexual, com base na situação profissional - teste ANOVA*

	Situação Profissional	N	Média	DP	F(4)	Sig.
IGS	Estudante	4	2.292	.882	.390	.815
	Doméstica	6	1.757	.522		
	Emprego a tempo inteiro	76	1.898	.824		
	Emprego a part-time	6	2.053	.336		
	Desempregada/Outra	19	1.836	.733		
	Total	111				
SS	Estudante	4	51.750	4.500	.618	.651
	Doméstica	6	45.666	9.287		
	Emprego a tempo inteiro	81	46.259	11.106		
	Emprego a part-time	6	47.666	2.581		
	Desempregada/Outra	21	43.260	14.780		
	Total	120				

Diferenças entre as escalas e a variável estado civil

Através da tabela 12, podemos concluir que não existe relação estatisticamente significativa entre a variável **estado civil** e os valores do **IGS**, $F(2) = 1.735; p = .181$. Podemos ainda verificar a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre a variável **estado civil** e os resultados obtidos no **Questionário da Satisfação Sexual** ($F(2) = .432, p = .650$).

Tabela 12

Análise das diferenças do IGS e a Satisfação Sexual, com base no estado civil - teste ANOVA

	Estado Civil	N	Média (DP)	F (2)	p.
IGS	Casada	12	2.168 (1.340)	1.735	.181
	Solteira	64	1.792 (.686)		
	União de Facto	35	2.012 (.773)		
	Total	111			
SS	Casada	13	45.692 (11.419)	.432	.650
	Solteira	66	46.757 (11.531)		
	União de Facto	42	44.666 (11.267)		
	Total	121			

3.3. Objetivo 3: Comparar as variáveis obstétricas com o nível de sintomas psicopatológicos (utilizando IGS) e de satisfação sexual;

Diferenças entre as escalas e a variável tempo de gravidez

Referente aos fatores obstétricos, procuramos avaliar a existência ou não de diferenças entre o **período gestacional** (primeiro trimestre - <13 semanas; segundo trimestre - 14-26; terceiro trimestre- 27- 40 semanas) e os valores obtidos tanto no **Índice Geral de Sintomas** como no **Questionário de Satisfação Sexual** vivenciada durante a gravidez (tabela 7). Através da análise de variância unifatorial (ANOVA) averiguou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos no IGS ($F(2) = 1.129, p = .327$) tal como no questionário de Satisfação Sexual ($F(2) = 2.631, p = .077$) em relação à variável período gestacional (cf. tabela 13). Contudo, o valor de $p = .077$ é muito próximo do valor de significância de 5%, demonstrando assim, ser uma variável tendencialmente forte. Neste sentido, ainda que os resultados não sejam significativos, é possível verificar que as gestantes que se encontram no 2.º trimestre de gestação tendem apresentar maiores níveis de satisfação sexual.

Tabela 13

Análise das diferenças do IGS e a Satisfação Sexual, com base no Período gestacional- teste t-student

	Período Gestacional	N	Média	Desvio Padrão	F(2)	p.
IGS	Primeiro trimestre	20	2.022	1.076	1.129	.327
	Segundo Trimestre	25	1.081	.467		
	Terceiro Trimestre	68	1.889	.754		
Satisfação Sexual	Primeiro trimestre	20	48.950	7.265	2.631	.077
	Segundo Trimestre	25	49.560	7.895		
	Terceiro Trimestre	68	44.544	12.955		

Diferenças entre as escalas e a variável ordem de gravidez

No que concerne à **variável ordem de gravidez (primíparas e múltiparas)** para averiguar a existência de diferenças entre estes dois grupos efetuou-se um *teste t de Student* com o intuito de avaliar o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos durante a gestação com a qualidade da satisfação sexual ao longo da gravidez (cf.tabela 14).

Tabela 14

Análise das diferenças do IGS e a Satisfação Sexual, com base na Ordem gestacional - teste t-student

	Primíparas			Múltiparas			t.	p.
	N	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão			
IGS	43	1.977	.958	56	1.800	.639	1.083	.282
Satisfação Sexual	47	46.872	10.777	53	45.642	12.109	.539	.591

Os resultados obtidos na tabela 14 permitem concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas em relação aos resultados obtidos no **IGS** e o facto de serem **primíparas** ou **múltiparas** ($t(94) = 1.083$, $p = .282$). Podemos verificar ainda a inexistência de diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos no **Questionário de Satisfação Sexual** e o facto de ser ou não o primeiro parto ($t(101) = .539$, $p = .591$).

Diferenças entre as escalas e a variável planeamento/aceitação da gravidez

Um outro objetivo da presente investigação consistiu em analisar as diferenças entre o facto de ser uma **gravidez planeada e aceite** ou **não ter sido planeada mas aceite por ambos os pais**. A leitura da tabela 15 permite-nos averiguar a existência ou não de diferenças

estatisticamente significativas entre o grupo de gestantes que planejaram e aceitaram a gravidez e aquelas que apesar de não terem planejado a gravidez acabaram por aceitar ao nível do resultado do IGS e resultado global do questionário de satisfação sexual. Para verificar os resultados recorreu-se a um teste *t de Student* para amostras independentes.

Assim, através dos resultados apresentados na tabela 16 podemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas ($t(107) = -.917, p=.361$), ao nível dos resultados obtidos no IGS e o facto de a **gravidez ter sido planeada e aceite ou não ter sido planeada mas aceite por ambos os pais**.

No mesmo sentido, podemos também verificar a inexistência de diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos no **Questionário de Satisfação Sexual** e a variável em estudo ($t(115) = .889, p=.376$).

Tabela 15

Análise das diferenças do IGS e a Satisfação Sexual, com base no Planeamento/ Aceitação da Gravidez - teste t-student

	Planeada e aceite			Não planeada mas aceite			t.	p.
	N	Média	DP	N	Média	DP		
IGS	76	1.849	.801	29	1.997	.717	-.917	.361
Satisfação Sexual	88	46.568	11.519	3	44.413	10.662	.889	.376

Em resumo, podemos concluir que: (a) não existe uma diferença estatisticamente significativa entre a presença de sintomas psicopatológicos e a satisfação sexual na gravidez e a paridade; (b) não existe uma diferença estatisticamente significativa entre a presença de sintomas psicopatológicos e a satisfação sexual na gravidez e o tempo de gravidez; (c) não há diferenças estatisticamente significativas entre a presença de sintomas psicopatológicos e a satisfação sexual na gravidez e a variável planeamento/aceitação da gravidez.

3.4. Objetivo 4: Comparar as variáveis relacionadas com a ocorrência /agravamento de ansiedade ou tristeza ao longo da gravidez com o nível de sintomas psicopatológicos (utilizando IGS) e de satisfação sexual;

Diferenças entre as escalas e a variável apoio durante a gravidez

Relativamente à variável **apoio durante a gravidez** iremos somente avaliar as opções que obtiveram resultados considerados significativos com base nas respostas mais obtidas no questionário sociodemográfico. Assim, vamos analisar os resultados das variáveis: Apoio do cônjuge/companheiro; cônjuge/ companheiro, mãe, pai, médico e amigos; cônjuge/companheiro, mãe e pai.

Através da leitura da tabela 16, podemos observar que não existem diferenças estatisticamente significativas, entre os grupos apresentados ($F(15) = .900, p = .567$) e a **sintomatologia psicopatológica**. Contudo, podemos observar que as mulheres que referem um maior número de elementos na sua rede de suporte (cônjuge/mãe/pai/médico/amigos) apresentam valores inferiores no **IGS**. Também é perceptível que não existem diferenças estatisticamente significativas ($F(14) = 1.515, p = .119$) com a **satisfação sexual** vivenciada na gravidez.

Tabela 16

Análise das diferenças do IGS e a Satisfação Sexual, com base no apoio durante a gravidez - ANOVA

	Apoio durante a gravidez						F.	p.
	Cônjuge (N=60)		Cônjuge/mãe/pai Médico/amigos (N=9)		Cônjuge/ Mãe/ Pai (N=9)			
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
IGS	1.988	.769	1.525	.371	1.660	.283	.900	.567
Satisfação sexual	45.803	10.441	50.625	3.693	47.285	16.610	1.515	.119

Diferenças entre as escalas e a variável relacionada com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza antes da gravidez

Seguidamente, vamos apresentar os resultados obtidos referentes à **variável relacionada com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza no período que antecedeu a gravidez**, sendo que esta é organizada em dois grupos (Não - não ocorreram acontecimentos negativos antes da gravidez; Sim- ocorreram acontecimentos negativos antes da gravidez como e.g. aborto).

Tabela 17

Análise das diferenças do IGS e a Satisfação Sexual, com base a variável relacionada com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza no período que antecedeu a ocorrência da gravidez - teste t-student

	Acontecimentos que antecederam a gravidez atual						t.	p.
	Não			Sim				
	N	Média	D.P	N	Média	D.P		
IGS	79	1.899	.0826	87	1.911	.650	-.057	.954
Satisfação Sexual	20	45.655	11.372	20	44.450	12.019	.423	.673

Como se pode visualizar na tabela 17, não existem diferenças estatisticamente significativas entre variável relacionada com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza no período que antecedeu a ocorrência da gravidez e a sintomatologia psicopatológica ($t(97)=-.057$, $p=.954$). Podemos ainda verificar a inexistência de diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos na satisfação sexual e a variável relacionada com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza no período que antecedeu a ocorrência da gravidez ($t(105)=.423$, $p=.673$).

Diferenças entre as escalas e a variável relacionada com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza durante a gravidez

Em relação a variável relacionada com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza durante a gravidez podemos verificar que não existem diferenças entre os grupos (não - não ocorreram acontecimentos negativos durante a gravidez; sim - ocorreram acontecimentos negativos durante a gravidez) estatisticamente significativas ($t(110)=-.877$, $P=.383$) e os resultados do IGS ($t(103)=1.932$, $p=.056$). Também se verificou a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos e os resultados obtidos no questionário de satisfação sexual (cf.tabela 18).

Tabela 18

Análise das diferenças do IGS e a Satisfação Sexual, com base na variável relacionada com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza durante a gravidez -teste t-student

	Acontecimentos negativos durante a gravidez						t.	p.
	Não			Sim				
	N	Média	D.P	N	Média	D.P		
IGS	65	1.861	.0831	40	1.999	.702	-.877	.383
Satisfação Sexual	72	47.277	9.905	40	42.975	13.451	1.932	.056

Diferenças entre as escalas e a variável acompanhamento psicológico/psiquiátrico no passado

Referente à variável **acompanhamento psicológico/psiquiátrico no passado** é possível concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e os valores obtidos no IGS ($t(114)=.525$, $p=.602$) (cf. tabela 19).

Também se verificou que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as gestantes que tiveram **acompanhamento psicológico/psiquiátrico no passado** e as que nunca tiveram e os valores obtidos no questionário de **satisfação sexual** ($t(107)=.068$, $p=.946$) (cf.tabela 20).

Tabela 19

Análise das diferenças do IGS e a Satisfação Sexual, com base no acompanhamento psicológico/ psiquiátrico no passado - teste t-student

	Acompanhamento Psicológico/ Psiquiátrico						t.	p.
	Não			Sim				
	N	Média	D.P	N	Média	D.P		
IGS	86	1.873	.824	25	1.969	.574	.523	.602
Satisfação Sexual	92	45.977	11.881	29	46.148	9.586	.068	.946

3.5. Objetivo 5: Verificar a relação existente entre variáveis relacionadas com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza antes e ao longo da gravidez com a presença de sintomas psicopatológicos (ansiedade e depressão) e com a satisfação sexual;

Associação entre a depressão e ansiedade e o apoio durante a gravidez

De modo a averiguar a existência de uma associação entre as variáveis **Depressão e Ansiedade** (BSI) e diferentes variáveis, optou-se por utilizar o Coeficiente de correlação de Pearson. Verificou-se que o **apoio durante a gravidez** está relacionado negativamente com a depressão, $r=-.229$, $p=.011$, e com a ansiedade, $r=-.238$, $p=.010$. Neste sentido, pode-se observar que há uma associação negativa entre as variáveis depressão e ansiedade, com o apoio existente durante a gravidez, ou seja, à medida que o apoio durante a gravidez diminui, aumentam os níveis de depressão e ansiedade (cf.tabela 20).

Tabela 20

Associação do variável apoio durante a gravidez com as variáveis depressão e ansiedade do BSI

Variáveis	R	Sig
Depressão_BSI	-.229	.011*
Ansiedade_BSI	-.238	.010*

*a correlação é significativa no nível de 0.05 (bilateral)

Associação entre a depressão e ansiedade e a variável relacionada com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza no período que antecedeu a gravidez

No seguinte objetivo, recorreu-se igualmente ao Coeficiente de correlação de Pearson, com o intuito de avaliar a associação entre a **depressão e ansiedade e variável relacionada com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza no período que antecedeu a gravidez**. Assim, através da análise da tabela 21, podemos concluir que não existe correlação

entre as variáveis depressão, $r=.036$, $p=.713$, e a ansiedade, $r=.036$, $p=.687$ e a variável relacionada com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza no **período que antecedeu a gravidez**.

Tabela 21

Associação da variável relacionada com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza no período que antecedeu a gravidez com as variáveis depressão e ansiedade do BSI

Variáveis	R	Sig
Depressão_BSI	.036	.713
Ansiedade_BSI	.036	.687

Associação entre a depressão e ansiedade e a variável relacionada com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza durante a gravidez

Outro objetivo do presente estudo consiste em avaliar a associação entre as variáveis depressão e ansiedade e a variável **relacionada com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza durante a gravidez**. Assim, através da análise da tabela 22, podemos concluir que não existe correlação entre a variável depressão, $r=-.082$, $p=.377$, e a variável ansiedade, $r=-.114$, $p=.234$ e a variável **relacionada com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza durante a gravidez**.

Tabela 22

Associação da variável relacionada com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza durante a gravidez com as variáveis depressão e ansiedade do BSI

Variáveis	R	Sig
Depressão_BSI	-.082	.377
Ansiedade_BSI	-.114	.234

Associação entre a depressão e ansiedade e variável acompanhamento psicológico/psiquiátrico no passado

No que concerne à variável **acompanhamento psicológico/psiquiátrico no passado**, esta encontra-se correlacionada negativamente com a variável depressão, $r=-.218$, $p=.018$. Isto significa que as mulheres que recorreram a acompanhamento psicológico no passado, apresentam níveis de depressão mais reduzidos em comparação com as mulheres que nunca usufruíram de apoio psicológico/psiquiátrico (cf. tabela 23).

Tabela 23

Associação do variável acompanhamento psicológico/psiquiátrico no passado com as variáveis depressão e ansiedade do BSI

Variáveis	R	Sig
Depressão_BSI	-.218	.018*
Ansiedade_BSI	.107	.252

*a correlação é significativa no nível de 0.05 (bilateral)

3.6. Objetivo 6: avaliar a relação preditiva entre a presença de sintomatologia psicopatológica (depressão e ansiedade) e de satisfação sexual com variáveis relacionadas com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza

Com o objetivo de estudar até que ponto as variáveis explicativas conseguem explicar o comportamento da variável dependente, realizou-se uma regressão linear múltipla (Martins, 2011). Inicialmente, através da análise do modelo, verificou-se que pelo menos uma das variáveis preditoras do modelo está a influenciar a variável dependente, $F(5) = 3.703$, $p = .004$ (cf. tabela 24). Seguidamente, os resultados obtidos no coeficiente de correlação, R^2 , evidenciaram que o apoio durante a gravidez e os acontecimentos negativos que ocorreram durante a gestação explicam, em conjunto, 15.4% da variância dos resultados obtidos no score de depressão (BSI).

Analisando a contribuição individual de cada um dos preditores do modelo, concluiu-se que a variável com maior influência sobre a depressão é o **apoio durante a gravidez** ($\beta = .253$, $p = .007$) seguida os **acontecimentos que negativos durante a gravidez** ($\beta = .208$, $p = .027$), sendo estas variáveis as únicas que exercem uma contribuição estatisticamente significativa para a compreensão do modelo ($p < .05$). Tendo em conta os valores obtidos, é possível verificar que o apoio durante a gravidez apresenta uma associação negativa com a depressão, o que evidencia que quanto maior é a perceção de apoio durante a gravidez, menor serão os sintomas depressivos. De forma inversa, os acontecimentos negativos durante a gravidez revelam uma associação positiva com a depressão. Isto sugere que à medida que os acontecimentos negativos durante a gravidez aumentam também os sintomas depressivos tendem a aumentar (cf. tabela 25).

Tabela 24

Modelo de regressão Linear Hierárquica

	R	R ²	F(5)	P
Modelo	.392	.154	3.703	.004

Tabela 25

Modelo de regressão Hierárquica relativa à associação entre as variáveis relacionadas com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza ao longo da gravidez e a dimensão Depressão (BSI)

	Beta	t	P
Apoio durante a gravidez	-.253	-2.731	.007**
Acompanhamento psicológico/psiquiátrico	-.190	-1.982	.050
Acontecimentos negativos durante a gravidez	.208	2.248	.027**
Acontecimentos que antecederam a gravidez atual	.001	.011	.992

**p<.05

Relativamente à ansiedade através da análise do modelo, verificou-se que pelo menos uma das variáveis predictoras do modelo está a influenciar a variável dependente, $F(5) = 2.810$, $p = .021$ (cf. tabela 26). No que concerne aos resultados obtidos no coeficiente de correlação, R^2 , evidenciaram que o **apoio durante a gravidez** explica, 12.7% da variância dos resultados obtidos no score de ansiedade (BSI).

Analisando a contribuição da variável apoio durante a gravidez com maior influência sobre a ansiedade ($\beta = -.253$, $p = .007$), podemos verificar a existência de uma associação negativa, o que evidencia que quanto maior é a perceção de apoio menor são os níveis de ansiedade (cf. tabela 27).

Tabela 26

Modelo de regressão linear Hierárquica

	R	R ²	F(5)	P
Modelo	.356	.127	2.810	.021

Tabela 27

Modelo de regressão Hierárquica relativa à associação entre as variáveis relacionadas com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza ao longo da gravidez e a dimensão Ansiedade (BSI)

	Beta	t	P
Apoio durante a gravidez	-.253	-2.760	.007**
Acompanhamento psicológico/psiquiátrico	-.112	-1.115	.268
Acontecimentos negativos durante a gravidez	.130	1.338	.184
Acontecimentos que antecederam a gravidez atual	-.024	-.238	.812

**p<.05

Na presente investigação pretendeu-se averiguar a influência das variáveis na **satisfação sexual** vivenciada durante a gravidez. Neste sentido, recorreu-se à análise de regressão linear múltipla.

No modelo, como no tópico anterior, foram incluídas as variáveis independentes: Apoio durante a gravidez; Acompanhamento no passado; Acontecimentos negativos durante a gravidez atual, contudo o teste de regressão de linear múltipla não se revelou estatisticamente significativo ($F(5)=1.415;p=.225$), isto é, nenhuma das variáveis predictoras do modelo está a influenciar a variável dependente (cf.tabela 28).

Tabela 28
Modelo de regressão Linear Hierárquica

	R	R ₂	F(5)	P
Modelo	.256	.065	1.415	.225

Capítulo IV- Discussão

Após análise e descrição dos resultados obtidos neste estudo, revela-se importante fazer uma abordagem mais detalhada dos mesmos, tendo por base as pesquisas efetuadas na área e as evidências encontradas na literatura. Gostaríamos de salientar que muitos dos resultados obtidos, podem ter sido influenciados pelas especificidades da presente amostra, nomeadamente pelo fato de se tratar de uma amostra muito homogênea, já que a maioria das gestantes tem uma escolaridade média (12º ano), reside num meio urbano pequeno (até cerca de 50 000 habitantes), tem suporte social e familiar e exerce funções a tempo inteiro. Das 131 mulheres grávidas, 38% afirmam ser primíparas e a gravidez foi, na sua maioria, planeada e/ou desejada (73.2%).

Assim, passamos a efetuar uma discussão dos resultados, adotando uma abordagem reflexiva e compreensiva.

i. **Objetivo 1:** Avaliar os níveis de **sintomatologia psicopatológica** e de **satisfação sexual**

Os resultados obtidos revelam que 84% da amostra revelou não possuir sintomatologia psicopatológica, enquanto 16% das mulheres relataram evidências de sintomatologia psicopatológica. Apesar de serem várias as evidências encontradas em estudos que referem a presença de níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica durante a gravidez (e.g. Figueiredo et al.,2007) os valores encontrados neste estudo inserem-se dentro do intervalo percentual mais frequentemente referenciado que, indica que entre 8 % a 20% das mulheres estão deprimidas durante a gravidez (Figueiredo, 2005).

Quanto à satisfação sexual, 92.4% das participantes revela-se satisfeita, enquanto 7.6% demonstram-se insatisfeitas com a sua vida sexual. Este resultado vai, assim ao encontro de outro estudo nacional (Silva & Figueiredo, 2005) que referiu que grande percentagem das mulheres grávidas mantem uma vida sexual prazerosa.

ii. **Objetivo 2:** Comparar as variáveis **sócio demográficas** com o nível de sintomas psicopatológicos (utilizando IGS) e de satisfação sexual

No que diz respeito ao presente estudo e relativamente às **variáveis sociodemográficas**, pode verificar-se, que os resultados não se revelaram estatisticamente significativos. Passamos a apresentar algumas explicações para os resultados obtidos.

Relativamente à **idade materna** constatámos que não existem diferenças estatisticamente significativas com a presença de psicopatologia tal como não parece interferir na satisfação sexual. Contudo as mulheres mais jovens tendem a apresentar mais sintomas psicopatológicos e uma menor satisfação sexual. Deste modo, podemos considerar que as experiências e as competências que vão sendo adquiridas ao longo da vida, podem ajudar a mulher a lidar mais eficazmente com as alterações fisiológicas e emocionais implicadas numa gravidez (Fernandez et al.,2005).

No que concerne à relação entre a **idade da gestante** e os níveis de **satisfação sexual** vivenciados na gravidez, o nosso estudo não obteve resultados estatisticamente significativos, contudo foi possível verificar que em média as mulheres com mais de 31 anos referiram maior satisfação sexual. Vários estudos referiram tendência para a diminuição das experiências sexuais satisfatórias com o aumento da idade (Pechorro, 2006; Deeks & McCabe, 2001; Vilarinho, 2010), relacionado com alterações físicas, que podem despoletar um conjunto de sentimentos negativos relativamente à apreciação do corpo e também da autoestima sexual, ou seja, a imagem que a mulher tem de si enquanto ser sexual parece estar intimamente ligada à satisfação sexual (Hurlbert et al., 2005). Neste sentido, podemos pensar que as mulheres grávidas, que compõem a amostra estão satisfeitas com as suas formas corporais, não havendo, portanto insatisfação quanto às transformações físicas da gravidez nem percepção de insatisfação conjugal. Acrescente-se ainda que de acordo com alguns autores (e.g. Laumann et al., 1999), o funcionamento e satisfação sexual alcançam níveis bastantes satisfatórios em mulheres mais velhas, que se podem justificar pela diminuição de problemas orgásticos e da dispareunia.

As **habilitações literárias** e a **situação socioprofissional** surgem em vários estudos como um aspeto relevante que poderá predispor a mulher a sentimentos negativos, contudo não obtivemos nesta amostra diferenças estatisticamente significativas. Ainda assim, verificamos que em média foram as mulheres com mais baixa escolaridade e as estudantes que obtiveram pontuações mais altas de sintomatologia depressiva.

Este dado permite-nos apurar que a baixa escolaridade associada à falta de atividade profissional, provavelmente pode originar um estatuto socioeconómico baixo, criando uma maior vulnerabilidade nas mulheres (Catão, 2008). Contrariamente, as mulheres que possuem um nível mais elevado de habilitações literárias possuem estratégias e recursos que lhes permitem enfrentar os momentos negativos, sem recorrer a estratégias de fuga à realidade e consequentemente evitar acontecimentos *stressantes* (Fernandez & Cabaço, 2005). No que concerne à **satisfação sexual** são vários os estudos que verificam que a satisfação sexual das mulheres aumenta com o nível de escolaridade (Barrientos & Páez, 2006; Parish et al., 2007; Vilarinho, 2010). Este resultado pode estar relacionado com o facto das mulheres mais instruídas, de modo geral, usufruírem de mais informação relativamente à sua resposta sexual, possuírem mais recursos, quer em termos de Internet, quer através de bibliografia estando menos suscetíveis a crenças e a mitos culturais (Catão, 2008).

Neste sentido, importa salientar que a maioria das gestantes da nossa amostra tem uma escolaridade média de 12ºano e são poucas as participantes com baixa escolaridade (19.1%). Para além disso, na nossa amostra, foram as grávidas estudantes (3.8%) e as desempregadas (17.7%) que obtiveram maiores valores de psicopatologia demonstrando que o facto de não ter uma atividade laboral parece revelar ser um fator que contribui para a presença de sintomatologia psicopatológica. Os estudos consultados vêm ao encontro destas conclusões, ao referir que de facto a baixa escolaridade, desemprego ou o salário baixo são fortes fatores de risco, incrementando a probabilidade de desenvolver sintomas depressivos (Catão, 2008). Neste sentido, uma vez que nesta amostra a maioria das mulheres exerce funções a tempo inteiro

(71.5%) permite-nos inferir uma diminuição das restrições financeiras da família, o que contribui para reforçar o seu sentido de competência, aumentar o seu poder na família e consequentemente melhorar o relacionamento conjugal e íntimo (Vilarinho, 2010; Catão, 2008; Pereira e Lovisi, 2008).

Relativamente ao **estado civil** apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas, percebemos pelas pontuações obtidas nas médias, que foram as mulheres casadas que apresentam pontuações mais altas em termos dos índices de sintomas psicopatológicos e níveis inferiores de satisfação sexual. Uma possível explicação recai sobre o estado marital. Ou seja, neste estudo, a avaliação do estado marital não foi contemplada, pelo que independentemente do estado civil identificado por cada mulher (e.g. divorciada, solteira), não foi avaliada a manutenção atual de relações significativas, fator este que pode ter condicionado os resultados obtidos. É também muito importante referir que cerca de 47.2% referiu ter apoio social por parte do cônjuge/companheiro. Assim, tendo em conta a importância do suporte social, e a importância do companheiro nesta fase de vida, a qualidade da relação conjugal parece ser um fator de proteção importante, uma vez que tem tendência a condicionar o estado emocional da mulher grávida, sendo que se a relação for estável e segura, a mulher sentirá mais suporte podendo reduzir os sintomas que a mulher possa sentir (Pereira & Losivi, 2008).

III. **Objetivo 3:** Comparar as **variáveis obstétricas** com o nível de sintomas psicopatológicos (utilizando IGS) e de satisfação sexual;

Relativamente ao **período gestacional** constatámos que não existem diferenças estatisticamente significativas com a presença de psicopatologia tal como não parece interferir na satisfação sexual.

Contudo, podemos verificar na nossa amostra, valores mais elevados de psicopatologia no primeiro trimestre e no terceiro trimestre de gravidez. Estes resultados vão ao encontro dos obtidos em vários estudos que demonstram que os sintomas depressivos tendem a aumentar à medida que se aproxima o parto. O 3º trimestre caracteriza-se como um período de maior preocupação a nível da saúde da mulher e do estado de saúde do bebé, vivenciando sentimentos de menor confiança. Além disso, o final da gravidez constitui um período de grande ansiedade pelo carácter antecipatório que a mulher faz do momento do parto e com a preocupação subjacente às consequências negativas do mesmo no seu bem-estar e do bebé (Conde & Figueiredo, 2007).

No que concerne aos valores elevados no 1º trimestre, averiguou-se que este período da gravidez é caracterizado pelo conhecimento e aceitação do novo estado, quer pela grávida quer pelo meio social que a rodeia (Carvalho, Loureiro & Simões, 2006). Por esta altura, dão-se discretas alterações corporais que são frequentemente acompanhadas por náuseas e vômitos, desejos alimentares, oscilações de humor, aumento da sensibilidade e principalmente, medo de abortar (Mathey et al., 2004; Pacheco et al., 2005) que podem ajudar a compreender os maiores níveis de ansiedade e depressão.

No que se refere à relação entre os níveis de **satisfação sexual** e o **período gestacional**, na nossa amostra o segundo trimestre caracterizou-se por níveis mais elevados de satisfação sexual. Estes resultados corroboram outros estudos realizados, nos quais os autores referem que as funções sexuais vão diminuindo significativamente durante a gravidez, devido à ansiedade, à fadiga e ao medo da aproximação da hora do parto que consequentemente reforçam negativamente a sexualidade da mulher grávida e na maior parte dos casos, do seu companheiro também (Aslan et al., 2005). Além disso, a gravidez caracteriza-se por ser um período de mudanças biológicas, psicológicas, relacionais e sociais intensas, que podem ter uma influência direta e indireta na sexualidade (Silva & Figueiredo, 2005). A baixa autoestima é uma das modificações psicológicas mais referidas pelas grávidas, devido ao receio de não recuperar a sua forma física e o que consequentemente irá destabilizar a atividade sexual do casal (Pereira et al., 2011). O 2º trimestre de gravidez é frequentemente descrito como o período mais estável em termos psicológicos, no qual a gravidez já foi aceite e claramente associada à vida do casal e da família. Neste trimestre a grávida tende a afirmar o seu papel, o que associado à ausência de náuseas promove a satisfação sexual (Khamis et al., 2007).

Em relação à **ordem da gravidez**, os resultados obtidos referem que não existem diferenças estatisticamente significativas em relação à existência de sintomas psicopatológicos assim como na **satisfação sexual**. Contudo, foram as mulheres primíparas que tendem a apresentar maiores níveis de sintomatologia psicopatológica e uma inferior satisfação sexual quando comparadas com as múltiparas. Estes resultados são consistentes com os dados encontrados na literatura onde os autores verificaram que as mulheres grávidas pela primeira vez parecem ser mais suscetíveis a desenvolver uma depressão durante a gestação (Thiago et al., 2012; Steiner, 2002). Este resultado pode estar relacionado com a inexperiência, juntamente com o medo do parto (Silva et al., 2016) e com o facto das mulheres que já experienciaram uma gravidez se encontrarem mais preparadas para as exigências e adaptações que esta implica (Carvalho, 2006). Referente à **satisfação sexual**, num modo geral, a literatura demonstra que o efeito dos filhos na sexualidade não é consensual, visto que existem muitos resultados contraditórios na investigação. Alguns estudos realizados demonstram que a presença de filhos afeta negativamente o funcionamento sexual, verificando que as mulheres múltiparas (com dois ou mais filhos) apresentam uma prevalência superior de disfunção sexual (Çayan e colaboradores, 2004). Um estudo realizado afirma que as mulheres múltiparas mostram ter menos problemas sexuais do que as mulheres primíparas. Além disso, comparativamente às mulheres que nunca tiveram filhos, as que tinham filhos (um ou mais) apresentam maior satisfação sexual (Witting et al., 2008).

Na nossa amostra estes resultados podem ser explicados pelo facto da maioria das mulheres grávidas referirem sentir-se apoiadas pelo cônjuge, familiares, amigos e pelo seu médico o que demonstra ser um fator protetor, tendo efeitos benéficos a nível da redução da ansiedade e das dificuldades emocionais em geral (Glazier et al., 2004; Gurung et al., 2005; Pacheco et al., 2005). No mesmo sentido, a média do tempo de relação é de cerca de 4 anos, pelo que a estabilidade da relação pode contribuir para um bom funcionamento e satisfação sexual independentemente do facto de ser ou não o primeiro parto.

No que concerne ao **planeamento da gravidez**, o nosso estudo não obteve diferenças estatisticamente significativas relativamente à presença de **sintomas psicopatológicos** e na satisfação sexual entre as mulheres que planearam a gravidez e aquelas que não o fizeram. Apesar de vivermos numa sociedade cada vez mais informada continuam a existir muitas gravidezes não planeadas, o que provoca elevada ansiedade e *stress* na mulher. A vivência de uma gravidez não planeada exige da mulher a necessidade de gerir de forma adequada todas as alterações no seu equilíbrio biológico, psicológico e social, experienciando um momento de crise que poderá proporcionar o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos (Hung, 2005). Assim, o facto da gravidez ter sido, na maioria da amostra, planeada e aceite (73.2%) pode motivar a inexistência de diferenças estatisticamente significativas, uma vez que a falta de planeamento, conseqüente preparação para a gravidez e maternidade e os sentimentos de culpa e tristeza, constituem um risco acrescido da possibilidade de vivência destas patologias e conseqüentemente não permitem vivenciar uma atividade sexual satisfatória (Hung, 2005; Savall et al., 2008).

iv. Objetivo 4: Comparar as variáveis relacionadas com a **ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza** ao longo da gravidez com o nível de sintomas psicopatológicos (utilizando IGS) e de satisfação sexual; **Objetivo 5:** Verificar a relação existente entre as variáveis relacionadas com a **ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza ao longo da gravidez** com a presença de sintomas psicopatológicos (ansiedade e depressão) e com a satisfação sexual; **Objetivo 6:** avaliar a relação preditiva entre a presença de **sintomatologia psicopatológica** (depressão e ansiedade) e de **satisfação sexual** com **variáveis relacionadas com a ocorrência/agravamento de ansiedade ou tristeza ao longo da gravidez**

Optámos por analisar estes objetivos em simultâneo, por se encontram relacionados e desta forma evitar o risco de ser redundante.

A análise do nosso estudo permite evidenciar a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ao nível da presença de **sintomas psicopatológicos** e a **satisfação sexual** na gravidez e as mulheres que tiveram **apoio ou falta do mesmo durante a gravidez**. Como já referimos nesta discussão a maioria das mulheres grávidas desta amostra referiram sentir-se apoiadas (62.2%), o que parece constituir um fator protetor. A percepção de apoio parece ter efeitos benéficos ao nível da redução da ansiedade e das dificuldades emocionais aumentando conseqüentemente os sentimentos de autoeficácia e os recursos para lidar com os desafios da gravidez (Fernandez & Cabaço, 2005).

Verificámos, contudo, que o **apoio durante a gravidez** se encontra correlacionado negativamente com a ansiedade e com a depressão. Assim, foi possível verificar que à medida que ocorre uma diminuição do apoio durante a gravidez, parece haver um incremento de sintomas psicopatológicos, neste caso, depressão e ansiedade. Estes resultados vão ao encontro dos dados obtidos noutros estudos que destacam a importância da percepção de apoio na diminuição do *stress* proveniente das mudanças ocorridas nesta fase (Konradt et. al 2011). Assim, o suporte social deve ser considerado como um fator de proteção fundamental, visto que

se a mulher tiver percepção de suporte social mais facilmente conseguirá ultrapassar e colmatar todas as contrariedades que poderão advir desta fase da vida.

Relativamente à **variável relacionada com ocorrência de acontecimento geradores de ansiedade ou tristeza no período que antecedeu a gravidez**, no nosso estudo não existem diferenças estatisticamente significativas com a presença de psicopatologia tal como não parece interferir na satisfação sexual. Uma explicação para os dados obtidos pode estar relacionada com o facto da maioria da amostra referir não ter vivenciado acontecimentos geradores de ansiedade ou tristeza (89%), sendo a ocorrência de um aborto espontâneo no passado (9.4%) o que surge mais referenciado.

A gravidez que sucede um aborto espontâneo é acompanhada por maiores sentimentos de ansiedade e depressão, a qual está fortemente associada a incerteza da concretização da gravidez atual (Rodrigues, 2006; Francisco et al., 2014). Deste modo, as mulheres com história de aborto apresentam sintomatologia depressiva associada à autocrítica, dependência interpessoal e ao número de perdas. Além disso, a ansiedade está associada à crença de que o seu comportamento pode afetar a saúde do bebé pelo que esta gravidez tende a ser caracterizada por hipervigilância (Rodrigues, 2006). Por sua vez, a presença de sintomas psicopatológicos é um fator de risco para a disfunção sexual, uma vez que, causa desinteresse, apatia e sensação de fadiga, e potencializa outros sintomas que acabam por comprometer a satisfação sexual (Francisco et al., 2014).

A análise do nosso estudo permitiu também evidenciar a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ao nível da presença de **sintomas psicopatológicos** e a nível da **satisfação sexual** e a **variável relacionada com a ocorrência de acontecimentos geradores de ansiedade ou tristeza durante a gravidez**. Entre os fatores que maioritariamente têm sido referidos na literatura como contributo para o aparecimento de sintomatologia depressiva nesta fase da vida são os acontecimentos de vida adversos que ocorrem na vida da mulher, que incluem situações como o desemprego, abandono por parte do pai da criança, morte de familiares e ocorrência de problemas de saúde na família da grávida (Figueiredo, 2001). Os fatores do domínio social, principalmente a vida profissional (nomeadamente, a probabilidade de ficar desempregada) e a familiar e interpessoal (morte ou conflitos no seio familiar) são designados por acontecimentos de vida exigentes que impõem uma maior preocupação das futuras mães, durante a gestação (Conde & Figueiredo, 2007).

Uma explicação para os resultados que obtivemos pode estar relacionado com o facto de 63% das mulheres da nossa amostra terem vivido uma gravidez normal, isto é, com ausência de acontecimentos relacionados com a **ocorrência de acontecimentos geradores de ansiedade ou tristeza durante a gravidez**. Neste sentido, os resultados obtidos vão ao encontro do estudo de Figueiredo (2001), visto que das grávidas que relataram a existência de algum acontecimento de vida gerador de ansiedade ou tristeza, referem situações de morte no seio familiar (6.6%) e a mudança de residência (7.4%).

Por último, uma outra variável sugerida e que revela grande pertinência em termos de investigação é o recurso a **acompanhamento psiquiátrico ou psicológico** em algum momento da vida da gestante. Embora não se tenham obtido diferenças estatisticamente significativas,

as mulheres que em média assinalaram que já recorreram a ajuda psicológica, são aquelas que pontuam mais alto nos sintomas psicopatológicos, sendo que na sua maioria foi a depressão o principal motivo. Alguns estudos realizados sobre esta temática referem o historial de depressão como fator de risco para o desenvolvimento de depressão na gravidez (Felice et al., 2004; Kim et al., 2006; Correia & Santo, 2017). Esta conclusão vai também ao encontro de vários estudos que aludem para o facto de que mulheres que já sofreram de sintomatologia depressiva num momento da sua vida estão mais vulneráveis para deprimirem na gravidez (e.g. Josefsson et al., 2001). Já ao nível da satisfação sexual, as gestantes que recorreram a ajuda psicológica obtêm resultados inferiores. Obtivemos, contudo, uma correlação negativa entre o **acompanhamento psicológico/psiquiátrico no passado** com a depressão. Apesar de vários autores afirmarem que entre os fatores de risco frequentemente associados à depressão na gestação, o que é mais destacado pela maioria dos estudos analisados são os antecedentes psiquiátricos, principalmente história anterior de depressão (Felice, et al., 2004; Marcus et al., 2003; Kim et al., 2006; Correia & Santo, 2017) neste estudo não se verificou esse resultado. Desta forma, estas mulheres quando usufruíram de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico no passado poderão ter adquirido estratégias e ferramentas emocionais necessárias para reconhecer as suas emoções e reagir adequadamente a pensamentos negativos e acontecimentos geradores de *stress* e tristeza (Correia & Santo, 2017).

Por último, importa salientar que as variáveis falta de apoio por parte de familiares ou amigos, a ocorrência de acontecimentos geradores de ansiedade ou tristeza durante a gravidez e o **acompanhamento psicológico/psiquiátrico no passado** revelaram-se fatores de risco para o desenvolvimento de psicopatologia durante este período de vida.

Neste sentido, estes resultados vão ao encontro do referido por vários estudos nacionais que apontam como principais fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos o historial pessoal de depressão, suporte social fraco, eventos de vida negativos, gravidez não planeada ou primeira gravidez e conflitos com o companheiro. (Correia & Santo, 2017; Macedo & Pereira, 2014).

Capítulo V: Conclusão

5.1) Conclusão

O presente estudo insere-se no âmbito do projeto “Sexualidade e Gravidez” tendo como finalidade perceber quais são os fatores que levam ao desenvolvimento de sintomas psicopatológicos (ansiedade e depressão) na gravidez e que influenciam a satisfação sexual das futuras mães.

A população em estudo foram mulheres grávidas e em ternos globais, um número significativo revelou não sofrer de sintomas psicopatologias e afirmaram vivenciar uma vida sexual satisfatória.

Ao longo da revisão bibliográfica, concluímos que existem evidências que o processo de transição da gravidez para a parentalidade acarreta alterações que contribuem para aumentar a vulnerabilidade para desenvolver estados emocionais negativos e modificações no funcionamento e satisfação sexual. Não restam dúvidas quanto à influência da depressão e da ansiedade na gravidez, nas relações familiares e no desenvolvimento da criança. Os sintomas psicopatológicos estão associados a efeitos negativos na relação e vinculação mãe-bebé, com efeitos no desenvolvimento cognitivo e emocional da criança. Assim, é fácil concluir que grande parte dos fatores de risco, nomeadamente os sociais e psicossociais, as relações familiares, até mesmo os sintomas psicopatológicos e o desenvolvimento da criança, são temas que se interligam mutuamente.

Neste sentido, mostra-se pertinente a promoção da educação para a saúde durante a gravidez e a identificação dos fatores de risco de forma a promover uma melhor adaptação a esta fase desenvolvimental do ciclo de vida, prevenindo consequências adversas para a mãe e para a criança. Também no que concerne à sexualidade o estudo leva a reflexão da necessidade dos serviços pré-natais se debruçarem sobre as dúvidas, os medos e as desconfianças das mulheres grávidas e conseqüentemente, recorrerem a estratégias de educação sexual voltadas para a gestação. Estas estratégias vão permitir uma maior confiança por parte destas mulheres como também aprimorar o autocuidado a nível sexual e promover uma melhor interação entre o casal.

5.2) Limitações e contributos para a investigação

Ao longo da realização desta investigação fomos encontrando algumas limitações subjacentes a este estudo pelo que os resultados devem ser interpretados tendo em conta essas mesmas limitações.

Primeiramente, uma das limitações do estudo diz respeito aos métodos de recolha de dados. Reconhecemos que a recolha presencial de informação junto dos participantes exclusivamente através da utilização de questionários autoadministrados e, por vezes, preenchidos na sala de espera do Hospital de S. Teotónio - Viseu pode provocar enviesamentos vários, como por exemplo o desejo de apresentar uma imagem favorável sobretudo perante a

temática abordada, que pode ser sensível ou ainda considerada tabu para algumas pessoas. A escolha por esta opção ocorreu sobretudo devido a razões de economia de tempo e de recursos materiais. Todavia, julgamos que seria importante em investigações empíricas futuras incorporar medidas de avaliação de natureza mais clínica, através da recolha de informações de outras fontes (e.g. médico).

Uma outra limitação prende-se à opção por um estudo de natureza transversal devido ao facto de impedir a extração de causalidade entre as variáveis estudadas, embora por metodologia estatística de regressão se possa apontar um valor preditivo. Contudo, esta opção está relacionada sobretudo ao tempo reduzido para a elaboração do estudo e consequentemente, devido aos objetivos propostos.

Uma outra limitação está relacionada com o facto do nosso estudo se confinar unicamente numa área geográfica (Viseu), o que também contribui para que os resultados não possam ser generalizados a nível regional ou nacional. Talvez fosse também importante ter um grupo de controlo através do qual pudéssemos fazer algumas comparações, isto é, um grupo de mulheres não grávidas, de forma a compreendermos se os sintomas depressivos e psicopatológicos diferem das gestantes para mulheres que não se encontram grávidas.

É ainda importante referir alguma limitação associada com o enviesamento inerente à amostra recolhida *online* e ao efeito voluntário, dado que uma pequena parte da amostra foi recolhida na internet (n=30 grávidas).

Apesar das limitações apresentadas consideramos que os resultados deste estudo poderão ter implicações a nível preventivo e de intervenção com esta população clínica. Através da análise de diversos fatores abordados em estudos internacionais e nacionais relativos a diversas dimensões, pretendemos com este estudo apresentar mais um contributo para a compreensão do desenvolvimento de sintomas psicopatológicos e de satisfação sexual durante a gravidez, facultando um maior conhecimento sobre quais os fatores que promovem o desenvolvimento de estados emocionais negativos durante a gravidez.

O tema da presença de psicopatologia e da satisfação sexual durante a gravidez é um tema que permanece controverso sendo sempre necessário mais estudos que aumentem o grau de esclarecimento. Só assim será possível por um lado, promover um acompanhamento mais eficaz para as grávidas com perturbações psicopatológicas visando a redução da morbilidade associada e, por outro lado, aprimorar o autocuidado a nível sexual e promover uma melhor interação entre o casal.

Referências Bibliográficas

- Aires, C.M., Ferreira, I.M., Santos, A.T. & Sousa, M.R (2016). Empowerment na gravidez: estudo de adaptação da Empowerment Scale for Pregnant Women para o contexto português. *Revista de Enfermagem Referência*, 10, 49-57.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Araújo, M.M., Salim, R.N., Gualda, M.D., & Silva, C.L. (2012). Corpo e sexualidade na gravidez. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 46(3), 562-568.
- Aragão, J. (2010). Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Revista Práxis*, 3(6), 59-62.
- Aslan, G., Aslan, D., Kizilyar, A., Ispahi, C. & Esen A. (2005). A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *International Journal of Impotence Research*, 17(2), 154-157.
- Austin, M. P. V., Hadzi-Pavlovic, D., Priest, S. R., Reilly, N., Wilhelm, K., Saint, K. & Parker, G. (2010). Depressive and anxiety disorders in the postpartum period: how prevalent are they and can we improve their detection?. *Archives of women's mental health*, 13(5), 395-401.
- Austin, M. P. (2004). Antenatal screening and early intervention for perinatal distress, depression and anxiety: Where to from here? *Archive of Woman Mental Health*, 7(1), 1-6.
- Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *Canadian Medical Association Journal*, 172(10), 1327-1333.
- Barrientos, J. & Páez, D. (2006). Psychosocial variables of sexual satisfaction in Chile. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32(5), 351-36.
- Beck, A & Bredemeier, K. (2016). A Unified Model of Depression: Integrating Clinical, Cognitive, Biological, and Evolutionary Perspectives. *Association for Psychological Science*, 4(4), 596-619.
- Beck, A & Knapp, P. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 30 (2), 554-564.
- Buist, A., Ross, L.E. & Steiner, M. (2006). Anxiety and mood disorders in pregnancy and the post partum period. In Castle D.J., Abel, J.K. & Abel, K.M. (Ed.). *Mood and Anxiety Disorders in Women*, 163-184.

Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade - Representações e tarefas de desenvolvimento (pp. 17-49). In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Canavarro, M. C & Pedrosa, A. (2005), Transição para a parentalidade- compreensão bem como a redução da frequência coital, entre o primeiro e o último trimestre de gestação. segundo diferentes perspetivas teóricas. In I.eal (E.d.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim do Século.

Canavarro, M. C. (2006). Gravidez e maternidade: Representações e tarefas de desenvolvimento (pp. 17-49). In M. C., Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.

Canavarro, C.M & Pereira, M. (2010). Adversidade na Gravidez: Um estudo comparativo na adaptação de grávidas infetadas pelo VIH e grávidas sem risco médico associado. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11 (2), 179-197.

Çayan, S., Akbay, E., Bozlu, M., Canpolat, B., Acar, D., & Ulusoy, E. (2004). The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia Internationalis*, 72(1), 52-57.

Carvalho, S.P. (2006). *A Gravidez e Risco Psicopatológico*. (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior, Covilhã.

Carvalho, P.S., Loureiro, M. & Simões, R.M. (2006). Apatações psicológicas à gravidez e meternidade. *Psicologia e Educação*, 5(2), 38-49.

Catão, I. C. (2007). *Sexualidade na mulher de meia-idade: Avaliação do funcionamento e do interesse sexual*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa: Porto.

Clark, D. & Beck, A. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. (Ed.). New Yourk: The Guilford Press.

Conde, A. & Figueiredo, B. (2007). Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. *Análise Psicológica*, 3(26), 381-398.

- Cordioli, A. V., Braga, D. T., Margis, R., Souza, M. B. D., & Kapczinski, F. P. (2001). Crenças disfuncionais e o modelo cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista de psiquiatria clínica*, 28 (4), 197-206.
- Costa, C.P. (2015). *Depressão Perinatal: Das Relações Familiares ao Desenvolvimento da Criança. Estratégias de Prevenção*. (Dissertação não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra: Coimbra.
- Correia, T.D. & Santo, C.M. (2017). *Saúde Mental na Gravidez e Puerpério*. Lisboa: Lidel.
- Cunha, S.M. (2009). *Práticas sexuais e satisfação sexual durante a gravidez* (Tese de Mestrado não publicada). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Deeks, A., & McCabe, M. (2001). Sexual function and the menopausal woman: The importance of age and partner's sexual functioning. *The Journal of Sex Research*, 38(3), 219-22.
- Dobkin, R., Leiblum, S., Rosen, R., Menza, M., & Marin, H. (2006). Depression and sexual functioning in minority women: Current status and future directions. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32(1), 23-36.
- Erbil, N. (2017). Sexual function of pregnant women in the third trimester. *Alexandria Journal of Medicine*, 1-4.
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., & Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal*, 323, 257-260.
- Felice, E., Saliba, J., Grech, V. & Cox, J. (2004). Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *Journal of Affect Disord.*, 82, 297-301.
- Fernandez, F., Hurlbert, D., Fertel, E., Singh, D., Menendez, D. & Salgado, C. (2005). The role of sexual functioning in the sexual desire adjustment and psychosocial adaptation of women with hypoactive sexual desire. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 14(1/2), 15-3.
- Fernandez, L.M., & Cabaço, A.S. (2005). *La depresión en la mujer gestante y su influencia en el proceso de vinculación afectiva prenatal*. Universidad Pontificia de Salamanca: Espanha.
- Figueiredo, B. (2000). Psicopatologia do Desenvolvimento da Maternidade. In Soares, I., Gonçalves, M., Simões, M., Baptista, A., Marujo, J., Pereira, E., Gouveia, J., Farate, C., Figueiredo, B., Relvas, A., & Alarcão, M. (2000). *Psicopatologia do desenvolvimento: trajetórias (in) Adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas do puerpério. In M. C. Canavarro (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.161-188). Coimbra: Quarteto.
- Figueira, C. V. (2006). *Modelos de Regressão Logística* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.
- Gallicchio, L., Schilling, C., Tomic, D., Miller, S., Zacur, H. & Flaws, J. (2007). Correlates of sexual functioning among mid-life women. *Climacteric*, 10(2), 132-142.
- Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., Brody, S. & Miller, W. C. (2005). Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evidence Report/Technology Assessment*, 119, 1-8.
- Gjerdingen, D., McGovern, P., Attanasio, L., Johnson, P.J., Kozhimannil, K.B. Maternal (2014). Depressive symptoms, employment, and social support. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 27(1):87-96.
- Gurung, R., Dunkel-Schetter, C., Collins, N., Rini, C. & Hobel, C. (2005). Psychosocial predictors of prenatal anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(4), 497-519.
- Heron, J., O'Connor, T.G., Evans, J., Golding, J., Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal Affect Disorders*, 89(1), 65-73.
- Hung, C. H. (2005). Measuring postpartum stress. *J Adv Nurs*, 50(4), 417-42.
- Jadresi, E. (2014). Depresión Perinatal: Detección y Tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 1019-1028.
- Josefsson, A., Berg, G., Nordin, C., & Sydsjo, G. (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 3(80), 251-255.
- Justo, J. (1990). Gravidez e mecanismos de defesa: Um estudo introdutório. *Análise Psicológica*, 4 (8), 371-376.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Wang, M.D., Walters, M.S., Jonh, R.M.,...Robert, J.M. (2003). The epidemiology of major depression disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289(23), 3095-3105.
- Khamis, A.M., Mustafa, F.A., Mohamed, N.S., & Toson, M.M. (2007). Influence of gestational period on sexual behavior. *Egypt Public Health Assoc*, 82 (1), 65-90.

- Kim, H. G., Mandell, M., Crandall, C., Kuskowski, M. A., Dieperink, B. & Buchberger, R. L. (2006). Antenatal psychiatric illness and adequacy of prenatal care in an ethnically diverse inner-city obstetric population. *Arch Womens Ment Health*, 9(2), 103-7.
- Laumann, O.E., Paik, A.D., Raymond, C.A. & Rosen, P.D. (1999), Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. *American Medical Association*, 281(6), 537-544.
- Leal, I., Serrano, S., Marroco, J. (2009) Construção e Validação de um Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade, Maternidade e Aborto. *Psicologia, Saúde & Doença*, 10 (2), 193-204.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Lutfey, K., Link, C., Rosen, R., Wiegel, M. & McKinlay, J. (2009). Prevalence and correlates of sexual activity and function in women: Results from the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *Archives of Sexual Behavior*, 38(4), 514-527.
- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P. & Kavanagh, D.J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *Journal of affective disorders*, 74(2), 139-147.
- Marchal-Bertrand, L., Espada, P.J., Morales, A., Gómez-Lugo, M., Soler, F. & Vallejo-Medina, P. (2016). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48, 88-97.
- Macedo, A. F. & Pereira, A. T. (2014). *Saúde Mental Perinatal*. Lidel, Lisboa.
- Maia, R.B., Marques, M., Bos, S., Pereira, T.A., Soares, J.M., Valente, J., Macedo, A. & Azevedo, H.M. (2011). Epidemiology of Perinatal Depression in Portugal: Categorical and Dimensional Approach. *Acta Médica Portuguesa*, 24 (2), 443-448.
- Marôco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Marôco, J. (2007). *Análise Estatística: Com utilização do SPSS (3ª Edição)*. Lisboa: Edições.
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: saber, decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Marcus, S. M., Flynn, H. A., Blow, F. C. & Barry, K. L. (2003) Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Womens Health*, 12(4), 373-80.

- Mercan, S., Karamustafalioglu, O., Ayaydin, E., Akpınar, A., Goksan, B., Gonenli, S., et al. (2006). Sexual dysfunction in female patients with panic disorder alone or with accompanying depression. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10(4), 235-240.
- Meireles, A. & Costa, M. E. (2005). A experiência da Gravidez: o corpo grávido, a relação mãebebê, a percepção de mudança e a relação com o bebê. *Psicologia*, 18 (2), 75-88.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28.
- Mendes, I. (2002). *Ligação Materno-Fetal*. Coimbra, Quarteto Editora.
- Michael, A. & O'Keane, V. (2000) Sexual dysfunction in depression. *Human Psychopharmacology*, 15(5), 337-345.
- Minnen, A., & Kampman, M. (2000). The interaction between anxiety and sexual functioning: a controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sexual & Relationship Therapy*, 15(1), 47-57.
- Moreira, N. A. C. & Gonçalves, R. A. (2010). Perturbação mental e ideação suicida entre reclusos preventivos. *Análise Psicológica*, 1(28), 133-148.
- OPSS, (2012). Crise e saúde, um país em sofrimento. *Relatório Primavera*, Lisboa.
- Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R., Pais, A. (2005). Antecipação da experiência de parto: mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7 (1-2), 7-4.
- Parish, W., Luo, Y., Stolzenberg, R., Laumann, E., Farrer, G. & Pan, S. (2007). Sexual practices and sexual satisfaction: A population based study of Chinese urban adults. *Archives of Sexual Behavior*, 36(1), 5-20.
- Pechorro, P. (2006). *Funcionamento sexual e ciclo-de-vida em mulheres portuguesas*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa: Lisboa.
- Perrocho, P., Dinis, A., & Vieira, R. (2009). Satisfação sexual feminina: Relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, 1 (27), 99-108.
- Pereira, A., Sezões, J., Esteves, S., & Machado, T. (2011). Sexualidade na Gravidez: Problema ou Solução?. *Percursos*, 19, 9-16.

- Pereira, P. K. & Lovisi, G. M. (2008). Prevalência da Depressão gestacional e fatores associados. *Rev Psiq Clín*, 35(4), 144-53.
- Pereira, M. & Gageiro, J. (2005). *Análises de dados para Ciências Sociais- A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Piccinelli, M & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. *Critical Review. Bristish Journal of Phychiatry*, 177, 486-492.
- Piccinini, C., Gomes, A., Nardi, T., & Lopes, R. (2008). Gestação e a construção da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 1 (13), 63-72.
- Powell, B.V., Abreu, N., Oliveira, R.I., & Sudak, D. (2008). Terapia Cognitivo- Comportamental da depressão. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 30 (2), 573-580.
- Purdon, C., & Holdaway, L. (2006). Non-erotic thoughts: Content and relation to sexual functioning and sexual satisfaction. *Journal of Sex Research*, 43(2), 154-162.
- Rodrigues, S.A. (2006). *Impacto de uma interrupção espontânea de gravidez na vinculação pré-natal, numa gravidez seguinte*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências Sociais: Lisboa.
- Savall, C.A., Mendes, K.A. & Cardoso, L.F. Perfil do comportamento sexual na gestação. *Fisioter. Mov*, 21(2), 61-70.
- Santoro, K & Peabody, H.(2010). Identifying and treating maternal depression: strategies and considerations for health plans. *National Institute of Health Care Management*.
- Silva, I.A & Figueiredo, B. (2005). Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clínica*, 25 (3), 253-264.
- Silva, M.M., Leite, P.E., Nogueira, A.D. & Clapis, J.M. (2016). *Depression in pregnancy. Prevalence and associated factos*. *Invest. Educ. Enferm*, 34 (2), 342-350.
- Sierra, C.J., Vallejo-Medina, P., Santos-Iglesias, P. & Fernández, L.M.(2012). Validación del Massachusets General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) en población española. *Atención Primaria*, 44(9), 516-526.
- Sueiro, E., Gayoso, P., Perdiz, C. & Doval, J.L. (1998) Sexuality and pregnancy. *Atencion Primaria*, 22, 340-346.

Steiner, M. (2012). Postnatal depression: A few simple questions. *Family Practice*, 19 (5), 469-470.

Sutter-Dallay, A.L., Dallay, D. & Verdoux, H. (2004). Psychic disorders during pregnancy and post-partum. *La Revue du praticien*, 54(10), 1137-1139.

Thiengo, D.L., Santos, F.J., Fonseca, L.D., Abelha, A. & Losivi, G.M. (2010). Depressão durante a gestação: um estudo sobre a associação entre fatores de risco e de apoio social entre gestantes. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 20(4), 416-426.

Vaz Serra, A. (2002). *O stress na vida todos os dias*. Coimbra: Edição do Autor.

Vilarinho, S. (2010). *Funcionamento e satisfação sexual feminina integração do afeto, variáveis cognitivas e relacionais, aspetos biológicos e contextuais*. (Dissertação de doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra: Coimbra

Von Sydow, K. (1999). Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 27-49.

Witting, K., Santtila, P., Alanko, K., Harlaar, N., Jern, P., Johansson, A., Von Der Pahlen, B., Varjonen, M., Algars, M. & Sandnabba, N.K. (2008). Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(2), 89-106.