



UC/FPCE_2018

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

A solidão das mães na primeira gravidez: estudo exploratório sobre as experiências de solidão da mulher durante a primeira gravidez

Ana Raquel Tavares Alves (e-mail: araquel@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde - área de especialização em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas sob a orientação do Professor Doutor Eduardo Sá

“Extraviado en la soledad de su inmenso poder, empezó a perder el rumbo.

(...) Lo esencial es no perder la orientación”

Cien Años de Soledad, Gabriel García Márquez

A solidão das mães na primeira gravidez

A primeira gravidez, por implicar um conjunto de alterações profundas no que respeita ao estilo de vida da mulher, pode gerar sentimentos de marginalização, isolamento e solidão. Tais sentimentos poderão anteceder a depressão do pós-parto. É, portanto, vital compreender a sua origem e entender as preocupações das novas mães a fim de poder, posteriormente, trabalhar na sua prevenção. O principal objetivo deste estudo foi avaliar temas habitualmente relacionados com a solidão na gravidez e compreender em que medida é que efetivamente se correlacionam com a perceção de solidão das mulheres na primeira gravidez. Os temas avaliados foram: o suporte social, a empatia nas relações conjugais e as crenças disfuncionais associadas à gravidez. Relativamente à metodologia desta investigação, foram usados três instrumentos de autopreenchimento – o Pregnancy Related Beliefs Questionnaire (PRBQ), a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a Escala de Solidão Social e Emocional (SELSA-S) – aos quais responderam, de forma completa, 777 mulheres grávidas ou que tivessem dado à luz há menos de 6 meses. A principal conclusão obtida remete à importância do suporte social como fator de prevenção no aparecimento de sentimentos de solidão, havendo uma correlação negativa forte (-.766) entre a satisfação com o suporte social e a perceção de solidão. Quanto à existência de empatia nas relações conjugais, os resultados apontam para que seja também ser uma importante fonte de proteção, destacando-se positivamente na análise relativa à satisfação com o suporte providenciado e na forte correlação negativa (-.762) com a presença de sentimentos associados à solidão. Em relação às crenças disfuncionais associadas à gravidez, os resultados apontam para uma correlação fraca (.385) com a perceção de solidão das novas mães avaliadas.

Palavras chave: Gravidez; solidão; maternidade; crenças, normas e mitos; suporte social; empatia nas relações.

The loneliness of mothers in the first pregnancy

The first pregnancy, by implying many profound changes in a woman lifestyle, may raise feelings of marginalization, isolation and loneliness. Such feelings may precede postpartum depression. Therefore, it is vital to comprehend their origin and understand the concerns of the new mothers, in order to be able to work on their prevention later on. The aim of this study is to evaluate issues usually related to the perception of loneliness in first-time mothers. The themes evaluated were: social support, empathy in romantic relationships and the dysfunctional beliefs associated with the pregnancy. Regarding the methodology of this research, three self-report instruments were used - the Pregnancy Related Beliefs Questionnaire (PRBQ), the Satisfaction Scale of Social Support (ESSS) and the short version of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults - which were fully answered by 777 women who were pregnant or who had given birth in less than 6 months. The main conclusion refers to the importance of social support as a preventive factor in the emergence of feelings of loneliness, having a strong negative correlation (-.766) between the satisfaction with the social support and the perception of loneliness. About the existence of empathy in romantic relationships, the results point that this is also an important source of protection, highlighting the positive analysis on the satisfaction with the support provided and the strong negative correlation (-.762) with the presence of feelings associated with loneliness. Regarding the dysfunctional beliefs associated with the pregnancy, the results indicate a weak correlation (.385) with the perception of loneliness among first-time mothers.

Key Words: Pregnancy; loneliness; motherhood; beliefs, norms and myths; social support; empathy in relationships.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Eduardo Sá, por todos os ensinamentos partilhados. Pela sua sabedoria que ensina a conhecer as pessoas através do olhar. Por toda a sua atenção, por todo o seu carinho e por toda a sua paciência.

À Larisa, pelas suas belas palavras que me acompanham há anos e serviram de inspiração para este trabalho. Pela dádiva de sabedoria. Por me ensinar que, com vontade, se pode aprender infinitamente. Por acreditar nas mulheres da ciência. Por ter sido uma referência e por me ter deixado a realizar um antigo sonho seu.

À Catarina, à Diana e à Clara por me terem acompanhado nesta incrível jornada cheia de altos e baixos.

Ao Professor Doutor Jon Nesbit e ao pai da Anna pela ajuda nas traduções.

À Anna, à Mónica e à Sofia, colegas de estágio, por terem feito com que todas as tarefas fossem mais agradáveis e, por todos os momentos bem passados.

A todas as grávidas e recém mamãs que participaram neste estudo.

A todos os amigos e família que sempre me desejarem sorte e uma vida cheia de Fado Liró.

Índice

Introdução	1
I - Enquadramento Conceptual	2
1. A Gravidez	2
1.1. A Primeira Gravidez	4
2. A Solidão	5
2.1. A solidão na primeira gravidez	7
2.2. A solidão na primeira gravidez e a depressão pós-parto	7
2.3. Temas associados à solidão na primeira gravidez	9
2.3.1. Auto comparações desfavoráveis: normas, crenças e mitos da gravidez .	9
2.3.2. Redução dos contatos sociais e/ou suporte social	11
2.3.3. Falta de empatia nas relações	13
II – Formulação do problema e objetivos	16
III – Metodologia	18
1. Descrição da amostra	18
2. Materiais/instrumentos	18
2.1. Questionário Sociodemográfico – Anexo 1	19
2.2. Pregnancy Related Beliefs Questionnaire (PRBQ) – Anexo 1	19
2.3. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) – Anexo 1	20
2.4. Escala da Solidão Social e Emocional (SELSA-S) – Anexo 1	21
3. Procedimentos de investigação adotados	22
IV – Resultados	23
1. Caracterização da amostra	23
2. Análise descritiva das variáveis em estudo	26
2.1. Pregnancy Related Beliefs Questionnaire (PRBQ)	26
2.2. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	28
2.3. Escala de Solidão Social e Emocional (SELSA-S)	29
3. Análise da consistência interna – Anexo 2	31

4. Análise das correlações – Anexo 3	31
5. Análise dos resultados	32
V – Discussão	39
VI – Limitações do estudo	43
VII – Conclusões	45
Bibliografia	46
Anexos	56
Anexo 1: Protocolo de Investigação	57
Anexo 2: Análise da consistência interna	61
Anexo 3: Análise das correlações	62
Anexo 4: Análise da comparação de médias	65

Introdução

As mulheres assumem muitos papéis ao longo das suas vidas. Um dos mais significativos e mais marcantes é, sem dúvida, a maternidade. A experiência da maternidade implica mudanças em diversas áreas da vida da mulher e afeta o seu bem-estar físico, emocional e social. É, portanto, necessária muita preparação e capacidade de adaptação para que esta seja uma fase positiva do seu ciclo vital.

Se é comum que a maioria das grávidas sejam felicitadas depois de anunciarem a sua gravidez, a verdade é que as revisões da literatura sobre o tema nos últimos 30 anos sugerem um foco crescente nas doenças mentais, nos distúrbios alimentares, nas experiências de abuso sexual, na ansiedade e na depressão que lhe estão associadas (Nicolson, 2010).

É importante deixar claro que os sentimentos vivenciados pelas grávidas sofrem alterações ao longo da gravidez. Nos primeiros três meses, podem surgir certas ambivalências, dúvidas sobre o estar ou não grávida, além de um misto de sentimentos desde a alegria à rejeição do bebé (Leite *et al.*, 2014). No segundo trimestre, a mulher começa a aceitar a gravidez, a perceber os movimentos fetais, nota-se aqui uma certa estabilidade emocional e, é durante esta fase que começa a sentir o feto como uma outra realidade dentro de si (Leite *et al.*, 2014). No último trimestre, os níveis de ansiedade tendem a aumentar com a aproximação do parto e novas preocupações surgem em relação à mudança de rotina associada à chegada do bebé, a questões como a sexualidade da mulher, os cuidados com o recém-nascido e às relações sociais (Leite *et al.*, 2014).

Todas estas transformações e preocupações, prolongadas além dos 9 meses de gravidez, afetam profundamente o psiquismo da mulher. E, naturalmente, implicam uma restauração na sua maneira de ser e

estar. É esta reestruturação e a necessidade de adaptação constante que pode fazer com que a mulher, por vezes, se possa sentir desamparada, incompreendida, sozinha.

I – Enquadramento conceptual

1. A gravidez

A gravidez é uma fase marcante do ciclo vital da mulher e uma condição essencial à vida humana. É por esta razão que as mulheres grávidas têm sido culturalmente veneradas desde os primórdios dos tempos: através das antigas estátuas de deusas da fertilidade, passando pelas pinturas medievais da Virgem Maria, até à publicidade moderna (Hebl, King, Glick, Singletary & Kazama, 2007).

Teoricamente, pode definir-se a gravidez como o período compreendido desde a fecundação do óvulo pelo espermatozoide até ao momento do parto. Neste período, de cerca de 9 meses, incluem-se todas as etapas do crescimento e desenvolvimento do feto no útero da mulher (“Pregnancy”, 2018). Entre os sinais e sintomas mais usuais destacam-se as alterações físicas e hormonais que implicam a ausência do período menstrual, o aumento do tamanho dos seios, a sonolência, os enjoos matinais e o aumento de peso. A gravidez implica, também, uma série de adaptações biológicas; a título de exemplo, um estudo recente descobriu que afeta a longo prazo os cérebros das novas mães, ao provocar mudanças substanciais na sua estrutura (Hoekzema *et al.*, 2016). Simultaneamente, a mulher experimenta uma “montanha russa” de emoções e importantes transformações psicológicas. Depois, à medida que a gravidez avança, o corpo se transforma e as mudanças corporais começam a notar-se, a mulher deixa de viver apenas uma mudança interna, uma vez que, a evidência do seu estado faz com que passe a ser tratada de forma diferente por aqueles ao seu redor (Rokach, 2004). É por esta altura que começa a ouvir comentários sobre o parto,

sobre a dor do parto e até alguns medos alheios, o que, para muitas mulheres significa o despertar de medos, ansiedades e inseguranças. (Rokach, 2004). O aglomerado de todas estas complexas transformações pode propiciar na mulher medos, dúvidas, angústias ou simplesmente a vontade de entender o que está a acontecer com seu corpo (Leite, Rodrigues, Sousa, Melo & Fialho, 2014).

Por outro lado, a gravidez pode também ser descrita como uma crise e, de acordo com as perspectivas que assim o assumem, um período de mudanças com potencial para o desenvolvimento positivo da mulher (Carin, Lundgren, & Bergbom, 2011). Crise também porque, no fundo, a gravidez significa que o corpo da mulher está fora do seu controlo, porque existe uma partilha do seu "espaço" pessoal com um novo ser e, também porque, a mulher grávida está sujeita a constantes conselhos de profissionais, amigos e conhecidos sobre o que deve comer, beber, fazer e, se deve ou não trabalhar (Nicolson, 2010); é uma perda gradual de autonomia que pode ser uma fonte de frustração, especialmente na primeira gravidez.

Outros autores, acham que a gravidez deve ser entendida como uma fase de transição para a maternidade (Carin *et al.*, 2011), ou seja, uma preparação física e psicológica para o nascimento do bebé. É, aliás, durante a gravidez que começam a existir as primeiras identificações da mãe com o bebé, bem com as suas primeiras interações (Thorstensson, Ekström, Hertfelt Wahn & Langius-Eklöf, 2012). Segundo Winnicott, citado em Esteves, Anton e Piccinini (2011), é nos últimos meses da gravidez e, durante os primeiros meses após o parto, que a mulher começa a experimentar um estado de *preocupação maternal primária*. Este estado pode ser definido como uma subtil sintonia mãe-bebé, que permite à mãe saber, em diversos momentos, quais são as necessidades do filho (Esteves, Anton & Piccinini, 2011). Esta *preocupação maternal primária* é inerente à já referida identificação da mãe com o seu bebé já que, pressupõe que ela passa a sentir o que ele sente e precisa (Esteves, Anton & Piccinini, 2011), numa quase fusão do ser.

Todo este processo é influenciado tanto por fatores associados à mãe, como por fatores associados ao bebê: a idade da mãe, a sua experiência com bebês, o seu autoconceito, a existência de apoio e a saúde e temperamento do bebê (Thorstensson *et al.*, 2012).

Em suma, na gravidez, a ocorrência de alterações profundas é imposta ao estilo de vida da mulher, provocando mudanças, não apenas na sua vida pessoal, mas também na vida do casal e da restante família (Coutinho *et al.*, 2014).

1.1. A primeira gravidez

A primeira gravidez implica a mudança de uma realidade confortável e conhecida, para o desconhecido, uma nova realidade.

A transição para maternidade é um período cheio de mudanças e experiências para o qual nem todas as mulheres não se sentem preparadas (McKellar, Pincombe & Henderson, 2002) é que, mais do que algo instintivo e inerente à natureza da mulher, o “tornar-se mãe” é um conjunto de competências adquiridas (Thorstensson *et al.*, 2012). Está provado que, o sentimento de impreparação associado a esta falta de competências, pode causar ansiedade e interferir com a capacidade da mulher de cuidar de si e/ou do seu bebê (McKellar *et al.*, 2002).

Acerca do processo de transição para a maternidade, este poderá ser facilitado ou inibido por condições pessoais da mulher, atitudes e crenças, o seu estatuto socioeconómico, a preparação e os conhecimentos prévios e as condições da comunidade onde a mulher está inserida (Mercer, 2004). O reconhecimento da permanência da mudança e a procura de informações ou modelos para a criação de um novo protótipo de identidade são dois exemplos de estratégias habitualmente usadas pelas novas mães para facilitar a adaptação a esta nova realidade (Mercer, 2004).

“Tornar-se mãe” aumenta a sensação da mulher de estar a entrar

na idade adulta e, ao mesmo tempo, dá um novo sentido à sua vida, através da ideia de ter um papel significativo no mundo (Nicolson, 2010). Porém, inevitavelmente, requer uma redefinição de objetivos, comportamentos e responsabilidades, necessária à construção do papel materno (Mercer, 2004). É por isso que, entre as preocupações que as mães têm um mês após o parto, se destacam a falta de tempo pessoal, a privação do sono ou o cansaço e a necessidade de ter uma rotina previsível, mas flexível (McVeigh, 1997), ou seja, todas decorrentes da reorganização exigida. As crescentes e exigentes pressões sociais ainda dificultam mais este ajuste, dado que, atualmente, é esperado que a nova mãe cumpra com as suas obrigações habituais e se adapte, rapidamente, ao seu novo papel de mãe (Bischoff, 2004).

Para enfatizar, concluo apresentando um projeto de Amy Brown, intitulado “The Creative Motherhood Project” (Brown, S.d.), onde foi perguntado a mais de mil mulheres o que sentiram ao tornarem-se mães, as dez respostas mais comuns foram: amada, cansada, sobrecarregada, culpada, feliz, sortuda, exausta, maravilhosa, sozinha e impreparada. Destas dez palavras mais frequentes, mais de metade tem uma conotação negativa, ou seja, estão associadas a experiências negativas na primeira gravidez. Ressalto ainda que, três das seis palavras com conotação negativa, relacionam-se com a falta de tempo e/ou energia da mulher.

2. A solidão

Existem várias opiniões e, portanto, várias definições, de solidão. Para Neto (2000, p.322), a solidão é “uma experiência comum e é um sentimento penoso que se tem quando há discrepância entre o tipo de relações sociais que desejamos e o tipo de relações sociais que temos”.

É comum que se diferencie o “sentir-se só” e o estar sozinho; neste estudo focar-nos-emos, sobretudo, na primeira posição referida.

O sentir-se só, não implica necessariamente estar sozinho, é apenas uma percepção de solidão, ainda que se esteja rodeado de pessoas. Assim, a solidão do “sentir-se só” pode considerar-se uma incapacidade de encontrar sentido na vida, um sentimento negativo e desagradável que poderá estar associado a relações sociais deficitárias ou a sentimentos de incompreensão, isolamento e marginalização (Tiwari, 2013). Sabe-se que, este “sentir-se só”, tem várias consequências para a saúde, tanto de mulheres, como de homens, por exemplo, está associado ao aumento do risco de demência precoce (Holwerda *et al.*, 2012) e ao aumento do risco de acidentes vasculares cerebrais (Holt-Lunstad & Smith, 2016). Além disso, esta percepção de isolamento, de solidão, faz com que aumentem os sentimentos de vulnerabilidade, e, portanto, aumente a vigilância para ameaças (Hawkey & Cacioppo, 2010). Seja dito de passagem que, os estados de constante alerta, num registo de hipervigilância implícita para possíveis ameaças sociais, alteram o funcionamento fisiológico, diminuem a qualidade do sono e aumentam consideravelmente a morbidade e a mortalidade (Hawkey & Cacioppo, 2010).

Quando as pessoas se sentem sozinhas tendem a ficar mais tímidas, mais ansiosas, mais hostis e desajeitadas socialmente; automaticamente, estes comportamentos, fazem diminuir a satisfação dos outros com a relação existente, seja esta uma relação de amizade, intimidade ou familiar, enfraquecendo-a em última análise (Cacioppo, Fowler & Christakis, 2009). Ao mesmo tempo, por causa do estigma ligado à solidão, é possível que a maioria das pessoas que se sintam só, não o revele; até porque, expressar e discutir os seus pensamentos e sentimentos tornaria mais real a experiência vivenciada (Rokach & Brock, 1997).

Relativamente a mudanças biológicas associadas à solidão, neste caso neurológicas, estudos experimentais foram feitos com animais adultos e mostram que o isolamento social produz mudanças significativas nas estruturas e processos cerebrais (Cacioppo, Capitano

& Cacioppo, 2014). Supõe-se que o mesmo aconteça com o cérebro do humano, ainda que não haja estudos desta natureza que o suportem. Não obstante, já foi demonstrado que solidão está associada à depressão, ao suicídio, ao alcoolismo, à baixa autoestima e ao desenvolvimento de diversas doenças psicossomáticas (Rokach, 1999).

2.1. A solidão na primeira gravidez

Em 1994, Raphael-Leff (citado em McVeigh, 1997) referiu que, nas semanas imediatas após o parto, “as mulheres mergulham num estado de desequilíbrio interno e de elevação externa, muito diferente a qualquer outro encontrado na vida adulta”. Como as primeiras experiências da maternidade podem ser imprevisíveis e muito stressantes, as preocupações das mães tem sido alvo de inúmeras investigações. Até porque, tal como já foi referido, a mulher, durante a gravidez, vive uma “montanha russa” de emoções, o que poderá levar a supor que, por vezes, se sinta incompreendida, menosprezada ou sozinha.

Lee, Vasileiou e Barnett (2017), estudaram a solidão das mulheres na primeira gravidez e, constataram que, existia um grande constrangimento e pressão para estas não admitissem a existência de emoções negativas. Ainda assim, descobriram que, é à medida que a necessidade de se centrar no bebé aumenta e o tempo para os cuidados e deveres diários diminui, que a pressão da mudança e da necessidade de adaptação associada à primeira gravidez faz com as novas mães experimentem sentimentos de solidão (Lee, Vasileiou & Barnett, 2017).

2.2. A solidão na primeira gravidez e a depressão pós-parto

É sabido que, o resultado negativo mais comumente associado à gravidez, é a depressão pós-parto, cujos sintomas se manifestam,

principalmente, nos primeiros 3 meses após o nascimento do bebê. Sabe-se também, através das muitas pesquisas feitas sobre o tema, que os sentimentos de angústia e a depressão, em algumas mulheres, antecipam o nascimento da bebê (Morse, Buist & Durkin, 2000), ou seja, iniciam-se durante gravidez. Dos muitos fatores tipicamente associados à depressão pré-natal contam-se alguns também associados à percepção de solidão: o fraco ajuste conjugal à parentalidade, a falta de apoio social, a existência de dificuldades emocionais prévias, os eventos de vida stressantes e a pobre qualidade da relação conjugal (Morse *et al.*, 2000). A insatisfação com o apoio dos colegas no trabalho e, em casa, com o apoio do parceiro, são também variáveis importantes associadas à depressão (Morse *et al.*, 2000). Ainda acrescentar que, as preocupações financeiras evidenciam estar também associadas à depressão, já que é mais habitual em mulheres com baixos estatutos socioeconómicos (Seguin, Potvin, Stdenis & Loiselle, 1995).

Adito apenas que, está provado que a sintomatologia depressiva do pós-parto está relacionada com a existência de atitudes disfuncionais e crenças irracionais nas novas mães (Madar, 2013). Aliás, a existência de atitudes e/ou crenças maternas disfuncionais durante a gravidez, prevê, tendencialmente, a depressão do pós-parto (Madar, 2013) e, é também comum nas novas mães que reportam solidão (Lee, Vasileiou & Barnett, 2017).

No entanto, a presença de sintomatologia depressiva na gravidez tem sido cada vez menos associada ao isolamento social e, parece mais explicada através da presença de sentimentos de culpa, ansiedade ou stress por a mulher não se sentir boa o suficiente no novo papel como mãe (Seguin, Potvin, Stdenis & Loiselle, 1995). Resumidamente, a depressão pós-parto que, cada vez menos parece estar correlacionada à solidão do “estar sozinho”, poderá estar emparelhada com a percepção de solidão do “sentir-se só”, isto tendo em conta a presença de antecedentes comuns.

2.3. Temas associados à solidão na primeira gravidez

Dos fatores acima referidos, há três especificamente associados à percepção de solidão na primeira gravidez: 1. auto comparações desfavoráveis: normas, crenças e mitos associados à gravidez; 2. redução dos contatos sociais e/ou suporte social; 3. falta de empatia nas relações. Iremos, de seguida, focar-nos nestes três pontos.

2.3.1. Auto comparações desfavoráveis: normas, crenças e mitos da gravidez

A forma como é vivida a gravidez, varia de mulher para mulher e, depende de vários fatores, culturais ou sociais, por exemplo, que afetam as normas, crenças e mitos associados à gravidez. Ao mesmo tempo, também as experiências de vida da própria mulher, os seus valores, educação e contexto social, contribuem para a criação de conceções e representações únicas sobre o que é a gravidez e o que significa ser mãe (Piedade, 2014). Ainda que, muitas destas crenças existam mesmo antes da mulher estar grávida, é durante as 40 semanas de espera na gravidez que se criam as grandes expectativas, pensamentos, emoções e até representações do próprio bebé (Piedade, 2014). A afirmação do papel materno acaba por ser, em última análise, uma projeção da interpretação individual das expectativas sociais da mulher grávida sobre a maternidade e o expor da sua própria conceção sobre o que é ser mãe (McVeigh, 1997).

Como a primeira gravidez implica uma reestruturação de identidade, é provável que as experiências iniciais da nova mãe sejam alvo de uma autoavaliação e comparação com outros modelos maternos (Lee, Vasileiou & Barnett, 2017). Estas autoavaliações e comparações são muitas vezes negativas, desfavoráveis, baseadas em mitos e crenças; já foi até demonstrado que existe uma relação entre as autoavaliações negativas e a percepção de solidão (Lee, Vasileiou &

Barnett, 2017). Aliás, seria mais correto dizer correlação, já que a influência é mútua: a solidão pode aumentar a tendência para desenvolver padrões distorcidos sobre si mesmo e os outros, o que, por sua vez, faz aumentar a própria percepção de solidão (Lee, Vasileiou & Barnett, 2017).

Entre as normas, crenças e mitos mais conhecidos na gravidez, contam-se os relacionados com a imagem corporal e a sexualidade. Num estudo de Araújo, Salim, Gualda e Silva (2012) as mulheres grávidas entrevistadas referiram-se às transformações do corpo com “*desgosto*”, “*desconforto*” e expressaram preocupação de que estas fossem definitivas. No mesmo estudo, as mesmas mulheres, manifestaram o desejo de que, após o parto, o corpo voltasse a ser como era e, que o mesmo acontecesse quanto ao seu desejo sexual. Ainda sobre as crenças relacionadas à imagem corporal sabe-se que, o uso de redes sociais, como o Facebook, pode aumentar o risco da insatisfação da mulher com o seu corpo durante a gravidez (Hicks & Brown, 2016). Aliás, sabe-se também que, se a grávida já tiver uma imagem corporal negativa, é mais vezes aliciada a visitar a sua conta na rede social, a fim de fazer comparações do seu corpo com o de outras mulheres (Hicks & Brown, 2016).

Um outro mito comum nas mães, particularmente logo após o primeiro parto, é a expectativa de que os seus filhos terão menos dificuldades nas atividades do dia-a-dia do que a maioria dos bebés (Povedano, Noto, Pinheiro & Guinsburg, 2018). É por isso importante a partilha de experiências com outros novos pais, pois além de fomentar sentimentos de identificação com o bebé e de competência parental (Bäckström *et al.*, 2017), ao mesmo tempo, poderá ajudar no reconhecimento da existência de crenças disfuncionais.

É importante ter em conta que, algumas das normas, crenças e mitos associados à gravidez estão, inevitavelmente, relacionadas com a religião. Sendo que, em Portugal, o Catolicismo é a religião mais comum e praticada, é de esperar que existam mais crenças

conservativas por exemplo, respeitantes aos papéis de género, às atitudes em relação ao aborto ou à prática contracetiva (Hare-Mustin, Bennett & Broderick, 1983).

Segundo Hamilton, Nowell, Harden e Thangaratinam (2018) o foco dos estudos relativos à existência de crenças disfuncionais na gravidez é principalmente a mãe e, menos o resto da família. Porém, para garantir que, no caso de existir algum tipo de intervenção, as alterações sejam aceites, tanto pelas mães, como pelas respetivas famílias, é necessária uma abordagem holística do tema (Hamilton, Nowell, Harden & Thangaratinam, 2018). Por outro lado, as crenças as opiniões dos outros acerca da saúde da mulher grávida e do bebé parecem influenciar positivamente as crenças da própria grávida, motivando-a a ter um estilo de vida saudável e a entender a relação entre os seus comportamentos e a sua saúde (Thornton *et al.*, 2006).

Fazendo uma pequena referência às expectativas alheias associadas à gravidez, sabe-se por exemplo, que, relativamente a ocupações profissionais, mulheres grávidas que permanecem dentro dos limites tradicionais esperados para as futuras mães, provavelmente terão tratamentos mais bondosos e caridosos (Hebl *et al.*, 2007). Em contraste, se as mulheres grávidas procurarem ocupações não-tradicionais, correm o risco de serem tratadas com hostilidade (Hebl *et al.*, 2007). Depreende-se assim, que haja um certo estigma em relação às funções passíveis de ser desempenhadas por mulheres grávidas. Sobre este ponto, são também comuns os relatos de discriminação que as mulheres grávidas sentem quando procuram um novo emprego (Hebl *et al.*, 2007); para as mulheres grávidas pela primeira vez, o simples conhecimento destes relatos, sejam eles verdadeiros ou um mito, poderá gerar ansiedade e apreensões.

2.3.2. Redução dos contatos sociais e/ou suporte social

O ser humano é naturalmente predisposto à socialização, precisa do outro para subsistir desde o nascimento. Vários estudos já mostraram

que há um maior risco de morte entre pessoas com baixa quantidade e, por vezes, baixa qualidade, de relações sociais (House, Landis & Umberson, 1988).

Para as mulheres, o “tornar-se mãe” é um constante desafio social (McVeigh, 1997). Toda a mudança que a primeira gravidez implica na vida da mulher pode fazer com que ela se sinta feliz, frustrada ou stressada; é a existência e disponibilidade de suporte social que vai ditar a sua forma de lidar com a nova situação (Thorstensson *et al.*, 2012). Para facilitar o processo do “tornar-se mãe”, as necessidades pessoais da mulher precisam de ser sustentadas por uma rede de suporte social e/ou rede de profissionais. (Thorstensson *et al.*, 2012).

O apoio social tem sido visto como um amortecedor de stress e pode ser definido como um recurso interpessoal mobilizado sempre que alguém tem de lidar com stress ou tensão no dia-a-dia (McVeigh, 1997). Como já foi dito, há estudos que indicam que a perceção de suporte da mulher grávida está associada à sintomatologia depressiva durante a gravidez e às depressões do pós-parto. Simultaneamente, a existência de apoio social demonstrou influenciar a procura, se necessária, de cuidados de saúde profissionais (McVeigh, 1997) e, sabe-se que, as consultas de rotina durante a gravidez, abrindo uma janela para a partilha, são uma oportunidade para identificar e, posteriormente, tratar as mulheres com problemas de saúde mental (Yelland & Brown, 2014).

Norbeck e Tilden (1983), num estudo com mulheres no início da primeira gravidez, descobriram que o stress no dia-a-dia e a falta de suporte social estavam significativamente relacionados com a existência de desequilíbrios emocionais. Dos principais efeitos de ditos desequilíbrios contam-se as complicações na gestação e na saúde do bebé. (Norbeck & Tilden, 1983). Está comprovado também que, a ânsia de suporte social está associada a maiores níveis de dor física percebida, enquanto que a existência de suporte está associada a perceções mais baixas da dor (Wilson & Simpson, 2016); o que poderá influir na qualidade e/ou existência de complicações durante o parto.

Voltando à redução dos contactos sociais, neste campo tem havido uma preocupação crescente em relação às mulheres que se dedicam à maternidade a tempo inteiro pois, evidenciaram cortar múltiplos laços sociais e indicaram não ter tido liberdade ou tempo para fazer o que queriam, quando queriam (McVeigh, 1997).

Os estudos feitos até ao momento sobre o tema, sugerem a necessidade de investigação sobre a recuperação social da mulher após o parto, bem como dos fatores que a influenciam (Aktan, 2010). Já se descobriu que, é habitual nas novas mães, especialmente nas mais jovens, o sacrifício do tempo de lazer, em troca de horas de trabalho remunerado extra; e, que mesmo quando as crianças estão presentes, as mulheres continuam a passar mais tempo ocupadas com papéis de género tradicionais, tendo menos tempo livre para atividades lazer, em comparação aos seus companheiros masculinos (Aktan, 2010).

Saber se as novas mães estão mais ou menos satisfeitas com o suporte social que receberam na primeira gravidez pode ajudar a entender as suas preocupações e prevenir, potencialmente, o desamparo sentido após o parto (Carin *et al.*, 2011).

2.3.3. Falta de empatia nas relações

As relações amorosas afetam profundamente a nossa maneira de ser e estar, para o bem e para o mal. Estar de alguma forma conectado a alguém, confiar nessa pessoa, ser capaz de lhe revelar os pensamentos e sentimentos mais privados, funciona como um amortecedor para o stress e para a solidão (Giorgianni, 2000). Aliás, está provado que, a existência de relações de intimidade, pode até diminuir os efeitos adversos de certas condições psicológicas e/ou médicas (Giorgianni, 2000).

A maternidade, mais do que o casamento, representa uma mudança de estado, "uma fase diferente do ser" (McVeigh, 1997).

Se há autores que enfatizam a necessidade de separação da

conjugalidade e da parentalidade, outros postulam uma anterioridade lógica da conjugalidade em relação à parentalidade, enfatizando como a qualidade da relação conjugal atua como um fator de proteção dos filhos (Zornig, 2010). Assim, uma relação a dois harmoniosa, repercutirá positivamente na relação com os filhos. Zornig (2010) acrescenta que o estabelecimento de laços entre os pais e o bebê favorece o desenvolvimento afetivo e cognitivo dos mais pequenos e, simultaneamente, propicia aos pais um sentimento de “eficácia”.

Embora o período de transição da gravidez para a parentalidade geralmente seja visto como um estágio normativo do desenvolvimento familiar que, envolve mudanças significativas no estilo de vida dos novos pais, há quem também o veja como um desafio sério ou mesmo uma crise (Morse *et al.*, 2000). A parentalidade é processo intenso que absorve enormes quantidades de tempo, energia e esforço quase continuamente, todos os dias da semana, especialmente após o parto (Morse *et al.*, 2000); logo, o seu impacto no casal é profundo e afeta fisiologicamente e psicologicamente os recursos de cada um dos seus elementos (Morse *et al.*, 2000). Sobre este tema, um estudo longitudinal do Departamento de Investigação Demográfica do Instituto Max Planck (Myrskylä & Margolis, 2014), ao procurar entender como o bem-estar subjetivo dos pais (“felicidade”) afetaria os futuros comportamentos reprodutivos do casal, descobriu que, após o nascimento do primeiro filho, o nível de felicidade dos casais diminui significativamente. Esta diminuição do nível de felicidade, comparável a níveis obtidos com o divórcio, o desemprego ou a morte de um parceiro (Myrskylä & Margolis, 2014), foi comum a dois terços dos casais e afetou a decisão de ter mais filhos no futuro (Myrskylä & Margolis, 2014). Contudo, se a parentalidade pode constituir um desafio para alguns casais, para outros é vista como um símbolo de poder, de possibilidades e de capacidade de contruir algo a dois (Hawkins, Cowan & Cowan, 1992).

Na generalidade, a transição para a parentalidade foi descrita como difícil por casais que foram pais pela primeira vez, dado que

implica a aquisição de novas competências cognitivas, motoras e sociais (Brage Hudson, M. Elek & Ofé Fleck, 2001). Para que a parentalidade seja uma experiência mais harmoniosa, os pais devem não só ser capazes de aprender novos comportamentos úteis no cuidado dos bebês, mas também alcançar certa satisfação parental (Brage Hudson *et al.*, 2001). Se, por exemplo, as experiências com bebês que as novas mães e os novos pais tiveram no passado forem muito diferentes e, o mesmo acontecer com as suas crenças associadas à gravidez, é importante que haja um entendimento e compreensão dessas diferenças, pois só assim poderá existir uma satisfação parental e uma percepção de autoeficácia em ambos os progenitores (Brage Hudson *et al.*, 2001). Simultaneamente, outro fator que contribui para o aumento da satisfação parental é o estabelecimento e/ou manutenção de relações amorosas (Brage Hudson *et al.*, 2001). É essencial fortalecer a satisfação parental, especialmente após o primeiro filho, porque os padrões iniciais de cuidados frequentemente persistem e influenciam as maneiras como os pais interagem com seus filhos ao longo do tempo o que, por sua vez, influenciará o desenvolvimento cognitivo, físico e emocional da criança. (Brage Hudson *et al.*, 2001). A satisfação da nova mãe com a maternidade, a sua sensibilidade aos sinais do bebê e a responsividade do bebê às suas chamadas, dependem do nível de apoio do parceiro íntimo (Bischoff, 2004). Aliás, mães que, após o nascimento do seu primeiro filho, tiveram problemas no casamento, revelaram ligações mais fracas aos seus bebês (Bischoff, 2004). Maliszewska, Świątkowska-Freund, Bidzan e Preis (2016), consideram que a decepção e o descontentamento da mulher com o casamento/relacionamento estão entre os fatores que requerem uma observação cuidadosa nas consultas de rotina durante a gravidez pois, poderão anteceder possíveis distúrbios de humor depois do parto. Seguindo a mesma linha de pensamento, existe na literatura alguma associação entre o ser solteira e a presença de sintomatologia depressiva durante a gravidez (Piedade, 2014).

Curiosamente, a existência suporte social discutida no ponto anterior, pode fortalecer a relação das novas mães com o seu parceiro e contribuir para sentimentos de calma e segurança em relação ao parto e à maternidade (Bäckström *et al.*, 2017). Aliás, ser capaz de partilhar preocupações e experiências com os outros, sejam amigos, familiares ou parceiros românticos, apesar de poder ser assustador dependendo da informação em causa, facilita a existência de sentimentos de entendimento (Bäckström *et al.*, 2017) e incrementa a sensação de empatia.

Embora já muito tenha sido escrito sobre a importância da qualidade das relações e o papel que os companheiros podem desempenhar na satisfação das necessidades das novas mães, as mulheres que tiveram problemas no pós-parto mostraram-se incomodadas pela incapacidade ou falta de vontade dos seus companheiros de compreender os seus dilemas e preocupações (McVeigh, 1997).

II – Formulação do problema e objetivos

Entre os fatores preditores da depressão pós-parto, apontam-se, muitas vezes, a gravidez não planeada, a incapacidade de amamentar ou desemprego na família (Moorhead, Owens & Scott, 2003). Contudo, nenhum destes fatores leva a um maior entendimento sobre a vulnerabilidade individual para a sintomatologia depressiva sentida depois do nascimento do primeiro filho. As alterações hormonais, referidas na caracterização da gravidez, podem ser uma causa importante destas vulnerabilidades, porém apenas quando combinadas com fatores como o stress, o isolamento ou inseguranças, como a baixa autoestima ou a falta de otimismo (Moorhead, Owens & Scott, 2003).

Já que a depressão do pós-parto parece “caminhar de mãos dadas” com a solidão sentida durante a gravidez, num sincronismo de causa e efeito, ao estudar os temas associados à solidão na primeira gravidez da

mulher, esta investigação pretende, também, estudar os possíveis fatores preditores da depressão pós-parto. Quer isto dizer que, o propósito final deste estudo passa por entender o problema, as suas causas e consequências, para que seja possível, posteriormente, proceder a intervenções exitosas, ou, idilicamente, trabalhar na sua prevenção criando condições favoráveis a uma primeira gravidez mais harmoniosa.

Assim, um dos principais objetivos deste estudo foi avaliar, discriminadamente, temas habitualmente relacionados com a solidão na primeira gravidez e, compreender em que medida é que efetivamente se correlacionam com a perceção de solidão das mulheres. Os temas avaliados foram: o suporte social, a empatia nas relações conjugais e as crenças disfuncionais associadas à gravidez. No fundo, pretende-se perceber até que ponto estes temas podem ser considerados formas primárias de solidão. A perceção de solidão foi também avaliada a fim de poderem ser feitas correlação entre os resultados. Então, resumindo numa linguagem estatisticamente mais técnica, o fenómeno em estudo é a solidão na primeira gravidez; a solidão ocupa o lugar de variável dependente e as variáveis independentes – fatores associados à solidão – são o suporte social, a empatia nas relações conjugais e as crenças disfuncionais associadas à gravidez; a hipótese de investigação pode conceber-se assim: as crenças disfuncionais associadas à gravidez, a redução do suporte social e a falta de empatia nas relações, aumentam a perceção de solidão na primeira gravidez.

Ao mesmo tempo, procurou-se explorar um tema não muito abordado, cuja literatura científica é quase inexistente e que pode ainda ser considerado tabu no nosso país.

Para concretizar estes objetivos, desenvolveu-se um plano de investigação não experimental - já que não existem variáveis manipuladas – correlacional, quantitativo e descritivo - pois pretende a descrição e associação entre variáveis. É também um estudo exploratório, pois, como já foi dito, pretende aprofundar um tema

através do estudo das hipóteses formuladas. Pode dizer-se que é também um estudo transversal, já que a população estava devidamente definida *a priori* e os dados foram recolhidos todos no mesmo intervalo de tempo.

III - Metodologia

1. Descrição da amostra

Os dados da amostra deste estudo foram recolhidos *online*, desde março até ao início de maio de 2018, através de diversas páginas e grupos nas redes sociais associados à gravidez/maternidade. É, portanto, uma amostra por conviniência, de participação anónima e voluntária, destinada a todas as mulheres no momento grávidas ou que tivessem dado à luz há menos de 6 meses. A nacionalidade, nem foi inquirida, nem critério de exclusão, porém, no questionário sociodemográfico (Anexo 1) foi pedido às participantes que seleccionassem, de entre um conjunto de opções, a sua área de residência em Portugal.

Na primeira semana de maio tínhamos 1209 respostas ao protocolo de investigação, das quais 777 estavam completas e 432 eram parciais. Apenas as respostas completas serão usadas neste estudo e, portanto, contabilizados assim os participantes.

Em suma, sobre a metodologia usada, podemos dizer que foi de fácil aplicação e teve rápidos resultados, sem custos associados.

2. Materiais/instrumentos

Este protocolo de investigação é composto por um questionário sociodemográfico e três escalas de autopreenchimento: o Pregnancy Related Beliefs Questionnaire (PRBQ), a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a Escala da Solidão Social e Emocional

(SELSA-S).

Todos os instrumentos utilizados foram solicitados e cedidos pelos respectivos autores, à exceção do questionário sociodemográfico que, de modo a adaptar-se perfeitamente à população em questão, foi especialmente construído para este estudo. A escolha dos restantes questionários foi ditada pela sua conveniência em avaliar, de forma íntegra, variáveis pertinentes à temática desta investigação. A ESSS e a SELSA-S estão devidamente adaptadas e aferidas para a população portuguesa e apresentam boas qualidades psicométricas. O PRBQ, apesar de também ter boas qualidades psicométricas, não está aferido para a população portuguesa.

A ordem de aplicação dos questionários corresponde a ordem que se segue.

2.1. Questionário Sociodemográfico – Anexo 1

Visando uma caracterização mais específica da amostra e a recolha de dados possivelmente úteis na interpretação dos resultados, foi perguntado às participantes a sua idade, área de residência, escolaridade, situação profissional e estado civil, entre outras questões relacionadas com o bebé e a gravidez.

2.2. Pregnancy Related Beliefs Questionnaire (PRBQ) – Anexo 1

O PRBQ, na sua versão original (Moorhead, Owens & Scott, 2003), conta com 54 itens, ordenados numa escala tipo Likert de 1 a 7, onde o 1 corresponde a “discordo totalmente” e o 7 a “concordo totalmente”. Assim, as pontuações podem variar entre 54 e 378 pontos, sendo que, pontuações mais altas indicam a presença de níveis altos de crenças disfuncionais associadas à gravidez. O PRBQ demonstrou ter uma alta consistência interna, o *Alpha de Cronbach* é de 0.85 (Moorhead, Owens & Scott, 2003). No presente estudo, porém, foi usada uma versão reduzida do PRBQ, com apenas 14 itens, pelo que,

as pontuações variam entre os 14 e os 98 pontos. As propriedades psicométricas desta versão, ou seja, a sua fiabilidade e validade, foram estudadas em 2017 por Leach, Terry e Nikčević que, nas conclusões de dito estudo, asseguram que este é um instrumento sólido na medida das atitudes maternas e, ao mesmo tempo, tem a capacidade de prever e identificar o risco de depressão pós-parto. Nem a versão original, nem esta versão reduzida estão validadas para a população portuguesa, o que implicou a tradução do original inglês para português. Este foi um processo complexo, com múltiplas fases: primeiro, o questionário foi traduzido; depois, foi pedido a um bilingue, nativo da língua inglesa, que repetisse a tradução a fim de ser feita uma comparação entre ambos os resultados; posteriormente, a primeira versão em português foi transcrita para inglês por um bilingue com nacionalidade portuguesa, mais uma vez com o intuito de encontrar possíveis lapsos; o resultado destas traduções foi revisto e aprovado por um professor de Inglês da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra; prosseguiu-se, então, a um pequeno estudo piloto, onde foi pedido a 20 pessoas, com idades compreendidas entre os 17 e os 44 anos, que lessem com muita atenção o enunciado e indicassem qualquer dúvida que surgisse; não foi colocada qualquer questão e, portanto, consideramos o instrumento convenientemente adaptado para ser usado neste estudo.

2.3. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) – Anexo 1

A ESSS, desenvolvida e publicada por José Luís Pais Ribeiro em 1999, foi construída para medir a satisfação com o suporte social existente. O suporte social pode ser definido como "a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós" (Ribeiro, 2011). Este instrumento de autopreenchimento conta com 15 itens, sob a forma de afirmação, aos quais se pode responder através de escala de Likert com cinco posições: "concordo totalmente", "concordo

na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo a maior parte”, e “discordo totalmente”.

Numa análise mais aprofundada, estes itens dividem-se em subescalas ou fatores. O primeiro fator foi batizado “satisfação com amigos”, mede a satisfação com as amizades/amigos e, inclui cinco itens (itens 3, 12, 13, 14 e 15) que têm uma consistência interna de 0,83. O segundo fator, “intimidade”, mede a percepção da existência de suporte social íntimo e inclui quatro itens (itens 1, 4, 5 e 6) que, têm uma consistência interna de 0,74. O terceiro fator, “satisfação com a família”, mede a satisfação com o suporte social familiar existente e inclui três (itens 9, 10 e 11) que, têm também uma consistência interna de 0,74. O último fator criado, “atividades sociais”, mede a satisfação com as atividades sociais que realiza e inclui três itens (itens 2, 7 e 8) têm uma consistência interna de 0,64.

A ESSS fornece cinco pontuações, uma por cada subescala, mais uma pontuação global resultante da soma de todos os fatores (Ribeiro, 2011). Os itens são cotados de “1” na opção “concordo totalmente” até 5 na opção “discordo totalmente”, exceto os itens invertidos (4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, e 15) que receberão o valor “1” nos itens assinalados em “discordo totalmente” e “5” nos assinalados em “concordo totalmente”. A pontuação total pode variar entre os 15 e 75, pontuações mais altas correspondem a uma maior percepção de suporte social.

Esta escala tem uma consistência interna de 0,85.

2.4. Escala da Solidão Social e Emocional (SELSA-S) – Anexo 1

A SELSA (*Social and Emocional Loneliness Scale for Adults*) foi criada em 1997 por DiTommaso e Spinner e é uma escala que avalia separadamente a solidão social e a solidão emocional (Fernandes & Neto, 2009). Dentro destes dois domínios da solidão, a escala divide-se ainda em três dimensões: a solidão social, a solidão familiar e a solidão romântica. É, portanto, uma escala multidimensional.

É composta por 37 itens cujas opções de resposta variam entre o

“1” que corresponde ao “totalmente em desacordo” e o “7” que corresponde ao “totalmente de acordo”; existe também uma opção de resposta neutra, pontuado com “4”, o “indiferente”. Para cotar a pontuação total da escala é necessário ter em conta a existência de itens invertidos (itens 2, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 12 e 14), nestes o “1” que corresponde ao “totalmente de acordo” e o “7” que corresponde ao “totalmente em desacordo”. Quanto mais alta for a pontuação obtida na escala, maior será a solidão da pessoa inquirida (Fernandes & Neto, 2009).

Neste estudo foi usada uma versão reduzida da SELSA, a SELSA-S (*Short Version of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults*), criada por DiTommaso, Brannen, e Best em 2004 e adaptada para a população portuguesa por Fernandes e Neto em 2009. Esta versão tem apenas 15 itens e a cotação dos mesmos é idêntica à da escala original.

Relativamente às qualidades psicométricas, no estudo de adaptação da SELSA-S para a população portuguesa, os autores concluíram que, as consistências internas foram .80 para a solidão romântica, .71 para a solidão familiar e .71 para a solidão social, ou seja, considera-se uma medida eficaz para avaliar a solidão nesta perspetiva multidimensional (Fernandes & Neto, 2009).

3. Procedimentos de investigação adotados

Os dados obtidos através da aplicação do *LimeSurvey* foram depois convertidos e analisados estatisticamente numa base de dados através do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0 para *Windows*.

Na análise estatística, para uma caracterização aprofundada da amostra, utilizaram-se medidas de estatística descritiva – frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão. Para realizar comparações entre dados através da associação de diferentes variáveis

foram utilizadas medidas de estatística inferencial.

A análise da fiabilidade dos instrumentos foi obtida através do *Alpha de Cronbach* que permite avaliar o grau de consistência interna. O valor do coeficiente alfa varia 0 e 1, sendo que, quanto maior for o valor, maior é a consistência interna do instrumento em causa. Se a consistência interna de um teste for: superior a 0,9 – excelente; entre 0,8 e 0,9 – bom; entre 0,7 e 0,8 – razoável; entre 0,6 e 0,7 – fraco e abaixo de 0,6 – inaceitável.

Foram ainda feitas correlações utilizando o teste de *Pearson*, assume valores entre -1 e 1. De 0.9 a 1 existe uma correlação muito intensa entre as duas variáveis, de 0.7 a 0.9 existe uma alta, de 0.3 a 0.7 existe uma correlação moderada, de 0.1 a 0.3 uma correlação baixa e, e 0.0 a 0.1 uma correlação muito baixa, ou inexistente. De notar que, como já foi dito, a correlação pode ser positiva ou negativa, assim se o resultado for -1 significa que há uma correlação negativa perfeita entre as duas variáveis, ou seja, se uma aumenta, a outra diminui.

Por último, foram também feitas comparações entre as médias de algumas variáveis sociodemográficas com o resultado obtido na escala da solidão (SELSA-S).

IV - Resultados

1. Caracterização da amostra

Na Tabela 1 encontram-se, para consulta, os dados referentes à análise da caracterização sociodemográfica da amostra.

Participaram nesta investigação 777 mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 49 anos, apresentando uma média etária de 31.77 anos (DP= 4.749). Mais de metade das inquiridas têm entre 28 a 33 anos (50,7%). Das mulheres em causa, 221 estavam grávidas no momento de recolha da amostra (28.4%) e 556 tinham dado à luz há menos de 6 meses (71.6%). Sobre as participantes grávidas, 74 encontravam-se entre os 3 e os 6 meses de gestação e 147 estavam nos

seus 6-9 meses. Entre as mães há menos de 6 meses, 169 tinham bebês dos 3 ou menos meses e 255 tinham bebês dos 3 aos 6 meses.

Sobre a área de residência, 35% da amostra reside no Norte (N=272), 31.1% em Lisboa e no Vale do Tejo (N=242), 25.4% no Centro (N=197), 3.6% no Algarve (N=28), 3.0% no Alentejo (N=23), 1.3% no Arquipélago da Madeira (N=10) e apenas 0.6% nas ilhas dos Açores (N=5).

Sobre as habilitações literárias das inquiridas, apenas uma mulher tem só o 6º ano de escolaridade (0.1%); depois há 34 mulheres com o 9º ano (4.4%); 191 mulheres com o 12º ano (24.6%) e, já relativamente ao Ensino Superior, a amostra conta com 364 mulheres com Bacharelato/Licenciatura (46.8%) e 187 com Mestrado ou Doutoramento (24.1%).

A análise da situação profissional da mulher mostra que, grande parte da amostra se encontra a trabalhar (N=406, 52.3%), 278 mulheres estão em licença de maternidade (35.8%), 83 estão desempregadas (10.7%) e, apenas 10 mulheres são domésticas (1.3%).

Relativamente ao estado civil das participantes, 366 das mulheres são casadas (47.1%), valor que corresponde quase a metade da amostra, 294 estão numa união de facto (37.8%), 116 mulheres são solteiras (14.9%) e há apenas 1 mulher viúva (0.1%). A convivência com os companheiros/parceiros também foi analisada: 749 mulheres convivem com o seu companheiro/parceiro (96.4%) e apenas 28 não reportam esse tipo de convivência (3.6%). Posteriormente, foi analisada a questão “coabita com o seu companheiro/parceiro”; aqui 722 mulheres responderam “sim” (92.9%) e 55 responderam “não” (7.1%).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra

	N	Percentagem %
Idade (M ±DP)	31,77 (4,749)	
Área de residência		
Norte	272	35,0

Lisboa e Vale do Tejo	242	31,1
Centro	197	25,4
Algarve	28	3,6
Alentejo	23	3,9
Madeira	10	1,3
Açores	5	0,6
Escolaridade		
6º ano	1	0,1
9º ano	34	4,4
12º ano	191	24,6
Bacharelato/Licenciatura	364	46,8
Mestrado/Doutoramento	187	24,1
Situação profissional		
Empregada	406	52,3
Desempregada	83	10,7
Doméstica	10	1,3
Em licença de maternidade	278	35,8
Estado Civil		
Solteira	116	14,9
União de facto	294	37,8
Casada	366	47,1
Viúva	1	0,1
Convive com o seu companheiro/parceiro		
Sim	749	96,4
Não	28	3,6
Coabita com o seu companheiro/parceiro		
Sim	722	92,9
Não	55	7,1
Atualmente grávida		
Sim	221	28,4
Não	556	71,6
Meses de gravidez		
3 a 6 meses	74	9,5
6 a 9 meses	147	18,9
Mãe há menos de 6 meses		
Sim	424	76,3
Não	132	23,7

Idade do bebé		
3 meses ou menos	169	21,8
De 3 a 6 meses	255	32,8

2. Análise descritiva das variáveis em estudo

2.1. Pregnancy Related Beliefs Questionnaire (PRBQ)

No PRBQ, o questionário das crenças associadas à gravidez, através do somatório dos resultados das pontuações de todos itens, chegou-se a um resultado médio de 56 pontos (DP = 10.79).

Numa análise discriminada, no item 1. - Se o bebé de alguém estiver mais feliz do que o meu, provavelmente é porque eu sou uma mãe “inadequada” -, 353 discordaram totalmente (45.4%), 136 discordaram muito (17.5%) e 92 discordaram um pouco (11.8); o que perfaz um total de 581 discordâncias (74.7%); neste item, as restantes participantes responderam “indiferente”, não havendo nem uma pessoa que concordasse com esta crença disfuncional.

No item 2. - Se sou incapaz de satisfazer o meu bebé, sou uma “má” mãe – e no item 3. - Se não conseguir cuidar do meu bebé de forma apropriada, mostra que sou “inútil”, as opiniões estão mais divididas. No item 2., 239 mulheres (30.8%) discordaram totalmente da afirmação e 212 (27.3%) concordaram um pouco; no item 3., 221 (28.4%) discordaram totalmente e 190 (24.5%) concordaram um pouco.

Relativamente ao item 4. - Se não me sentir maternal, significa que sou “má”, as opiniões voltam a dividir-se 249 mulheres discordam totalmente e 239 (30.7%) concordam (junção do “concordo um pouco”, “concordo muito” e “concordo totalmente”) com a afirmação.

Nos itens 5. e 6. (5. Se o meu bebé estiver infeliz, eu vou sentir que a culpa é minha. 6. Se eu não me sentir completamente ligada emocionalmente ao meu bebé, deveria preocupar-me com o que isso

significa.), há uma conformidade nas respostas do concordo (junção do “concordo um pouco”, “concordo muito” e “concordo totalmente”); no item 5., há 555 respostas de “concordo” (71.5%) e, no item 6., ainda um pouco mais, 670 (86.3%).

Os resultados dos itens 7. e 8. (7. Se alguém importante para mim me prestar menos atenção depois do parto, é porque o bebê é mais importante para eles do que eu. 8. Eu estou tão entusiasmada quanto deveria com o meu papel de futura mãe.) são também similares. No item 7., 329 mulheres (42.3%) responderam “discordo totalmente” e apenas 27 concordaram totalmente (3.5%). No 8., 257 mulheres responderam “discordo totalmente” (33.1%) e só 25 responderam “concordo totalmente” (3.2%).

No 9., - Eu devo apreciar todos os momentos dos primeiros tempos da vida do meu bebê – 719 mulheres concordaram com a afirmação (junção do “concordo um pouco”, “concordo muito” e “concordo totalmente”), ou seja, quase a totalidade das participantes. Destas 719 (92.5%), 479 responderam “concordo totalmente” (61.6%).

No item 10. - 10. Eu tenho de fazer tudo o que for preciso para deixar o meu bebê completamente feliz – nota-se também uma conformidade de respostas com tendência para concordar. 706 das participantes (90.9%) concordaram com a afirmação.

No item 11. (11. A maternidade é um estado natural e instintivo para mulher.), 246 mulheres (31.7%) discordaram (junção do “discordo um pouco”, “discordo muito” e “discordo totalmente”) com a afirmação e 510 (65.6%) concordaram com a afirmação (junção do “concordo um pouco”, “concordo muito” e “concordo totalmente”).

No item 12. (12. Eu deveria tentar arduamente manter a forma durante a gravidez.), 250 mulheres (32.2%) responderam “concordo um pouco” com a afirmação, enquanto que 244 (31.4%) discordaram (junção do “discordo um pouco”, “discordo muito” e “discordo totalmente”) com a mesma. No item 13. (13. Tenho de fazer exercício regularmente após o parto para voltar a estar em forma.), as pontuações

foram semelhantes, das 777 mulheres a responder, 265 (34.1%) concordaram um pouco com a afirmação e apenas 150 (19.8%) discordaram (junção do “discordo um pouco”, “discordo muito” e “discordo totalmente”). Já no item 14. (14. Eu aceito as mudanças do meu corpo, até mesmo os odores (não incluindo doenças), apenas 274 das mulheres (35.3%) concordaram (junção do “concordo um pouco”, “concordo muito” e “concordo totalmente”) com a afirmação, em contraste com as 479 (61.7%) que discordaram (junção do “discordo um pouco”, “discordo muito” e “discordo totalmente”).

2.2. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

As pontuações do ESSS variam entre os 15 e os 75 pontos; pontuações mais próximas do 75 significam maior satisfação com o suporte social existente. O resultado médio nesta escala foi 48.3 (DP=12.4).

Como esta escala se divide em quatro diferentes componentes (“Satisfação com amigos”, “Satisfação com a família”, “Intimidade” e “Atividades Sociais”), será feita uma pequena análise de frequências apenas com os itens cujas respostas foram mais discrepantes e, posteriormente, será feita uma análise dos resultados dos totais dos componentes.

Das 777 participantes, 396 (51%) concordaram (junção da opção “concordo totalmente” e da opção “concordo na maior parte”) com a afirmação do primeiro item da ESSS (1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.). Logo a seguir, no item 2., 510 mulheres (65.6%) concordaram (junção da opção “concordo totalmente” e da opção “concordo na maior parte”) com a afirmação “Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria”.

No item 4. – Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer –, 472 mulheres (60.7%) discordaram (junção da opção “discordo totalmente” e da opção

“discordo na maior parte”) com a afirmação. No item 5. (“Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer”) aconteceu algo similar ao item 4., a percentagem de pessoas a discordar (junção da opção “discordo totalmente” e da opção “discordo na maior parte”) foi de 71.6%, correspondente a 556 respostas, nitidamente superior à percentagem que concorda com a afirmação.

Mais à frente, no item 12. – Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho -, 525 mulheres (67.6%) responderam discordo (junção da opção “discordo totalmente” e da opção “discordo na maior parte”). E, no item 15. (“Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho”), também relacionado com as relações de amizade, 565 mulheres (72,7%) discordaram com a afirmação (junção da opção “discordo totalmente” e da opção “discordo na maior parte”).

Passando aos resultados totais dos componentes e, começando pela “Satisfação com os amigos” (itens 3, 12, 13, 14 e 15) a média de pontuação é 14, entre o mínimo 5 e o máximo 25. No componente “Satisfação com a família” (itens 9, 10 e 11) com pontuação possível entre os 3 e os 15 pontos, a média dos resultados foi 12 pontos. No componente “Intimidade” (itens 1, 4, 5 e 6), onde o resultado podia variar de 4 a 20 pontos, a pontuação média foi de 12 pontos. E, por último, no componente “Atividades Sociais” (itens 2, 7 e 8), com pontuações possíveis entre os 3 e os 15 pontos, o resultado médio foi 6 pontos.

2.3. Escala da Solidão Social e Emocional (SELSA-S)

O somatório das pontuações totais deste instrumento deu-nos uma média de 43 pontos.

Tal como na escala anterior, aqui será feita uma pequena análise descritivas dos itens com pontuações mais discrepantes e, depois, uma

análise das pontuações dos componentes (“Romântica”; Familiar” e “Social”).

No item 1. (“Sinto-me só quando estou com a minha família”), 547 mulheres (70.4%) responderam discordo (junção do “discordo um pouco”, “discordo muito” e “discordo totalmente”).

No item 3. (“Tenho um/a parceiro/a com quem partilho os meus pensamentos e sentimentos mais íntimos”), 594 mulheres (76.5%) responderam que discordavam (junção do “discordo um pouco”, “discordo muito” e “discordo totalmente”) com esta afirmação. Sendo que, 320 selecionaram a opção “discordo totalmente”.

No item 6., também relativo ao parceiro romântico (Eu tenho um/a parceiro/a romântico/a que me dá apoio e encorajamento que necessito”), 560 mulheres (72.1%) discordaram (junção do “discordo um pouco”, “discordo muito” e “discordo totalmente”) com a afirmação em causa.

E, finalmente, no item 15 (“Tenho necessidade de uma relação romântica íntima”), 523 mulheres (67.4) concordaram (junção do “discordo um pouco”, “discordo muito” e “discordo totalmente”) com a afirmação.

Quanto à análise por componentes, começando pela “Romântica” (itens 3, 6, 10, 14 e 15), cuja pontuação pode variar entre os 5 e os 35 pontos, o resultado médio foi de 17 pontos; um resultado médio-alto.

Em relação à componente “Família” (itens 1, 4, 8, 11 e 12) o resultado médio obtido foi de 12 pontos, entre os 5 e 35 possíveis, desta forma, um resultado médio-baixo.

Por último, em relação à componente “Social” (itens 2, 5, 7, 9 e 13), cujos resultados podem variar, igualmente, dos 5 aos 35 pontos, o resultado foi 15 pontos, um resultado médio.

3. Análise da consistência interna – Anexo 2

O grau de consistência interna, avaliado através do *Alpha de*

Cronbach, permite-nos obter a fidelidade dos resultados e estimar até que ponto cada item da escala mede de forma equivalente o mesmo conceito.

O *Alpha de Cronbach* do PRBQ é .71 ($\alpha=.71$), um valor considerado razoável na avaliação da consistência interna.

Já o *Alpha de Cronbach* da ESSS é de .90 ($\alpha=.90$), um valor considerado excelente.

Relativamente à SELSA-S, o seu grau de fiabilidade é de .87 ($\alpha=.87$), um valor considerado bom.

Em suma, todos os instrumentos utilizados têm um grau de consistência interna apropriado, o que se traduz em resultados fiáveis, credíveis.

4. Análise das correlações – Anexo 3

Foram feitas correlações utilizando o coeficiente de correlação de Pearson e o coeficiente de correlação de Spearman, ambas medidas que avaliam a dependência – correlação – entre variáveis.

Recordo que a solidão (SELSA-S) é a variável dependente da hipótese deste estudo e, a existência de crenças disfuncionais (PRBQ), o escasso suporte social (ESSS) e a falta de empatia nas relações (ESSS) são as variáveis independentes.

A análise da correlação entre o PRBQ e a SELSA-S foi feita com o teste de Pearson. O resultado ($r = .385$) indica uma fraca correlação entre a existência de crenças disfuncionais e a percepção de solidão na gravidez.

A análise da correlação entre a ESSS e a SELSA-S foi igualmente feita com o teste de Pearson. Com esta variável, os resultados foram diferentes; o $r = -.766$ indica uma forte correlação negativa entre a satisfação com o suporte social e a percepção de solidão.

Relativamente à correlação da variável “empatia com as relações

conjugais”, esta foi medida usando fatores da ESSS (“Intimidade”). Por isso, a análise da correlação foi feita com o teste de Spearman. O resultado entre a componente “Intimidade” e a percepção de solidão foi $r = -.762$, ou seja, uma correlação negativa forte.

Todos os resultados das correlações permitem rejeitar a hipótese nula, já que os resultados são estatisticamente significativos ($p < 0.01$).

5. Análise dos resultados

Este capítulo servirá para analisar os resultados obtidos e, fazer uma pequena articulação dos mesmos com algumas referências da literatura.

Relativamente aos dados sociodemográficos, os resultados não foram examinados além da análise descrita de frequências, médias e percentagens. No entanto, importa dizer que: *i*) a amostra é abrangente, conta com mulheres de todas as áreas de Portugal, ilhas incluídas; *ii*) a idade média das participantes é 31.77 anos, muito próxima da média nacional de idade da mãe ao nascimento do primeiro filho – 30.3 anos (“PORDATA - Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho”, 2018); *iii*) de 777 mulheres inquiridas, 551 tem um nível de escolaridade alto, pois realizaram estudos universitários; *iv*) um pouco mais de metade das inquiridas (52.3%), encontrava-se, no momento da recolha, a trabalhar; *v*) 660 das 777 mulheres inquiridas tem um companheiro/parceiro íntimo; *vi*) a amostra conta com 116 mulheres solteiras; *vii*) a diferença entre quantas mulheres convivem e quantas coabitam com o seu companheiro/parceiro é muita pequena. Como a amostra é relativamente grande e diversificada, um estudo aprofundado das variáveis sociodemográficas e da sua relação com as restantes variáveis seria pertinente.

Sobre o PRBQ (*Pregnancy Related Beliefs Questionnaire*), como descrito na secção dos instrumentos, pontuações mais altas significam a existência de mais crenças disfuncionais associadas à gravidez; sendo que, o valor mínimo para as pontuações deste questionário são 14

pontos e o máximo 98, a pontuação obtida neste somatório ($M=56$; $DP=10.79$) está ligeiramente acima ponto médio o que, por si só, não indica resultados significativos. Porém, resalto que, neste questionário, houve uma mulher a pontuar 89 pontos e 99 a pontuar mais de 80 pontos, o que significa a presença de elevadas crenças disfuncionais associadas à gravidez; aliás, 389 mulheres pontuaram resultados acima do ponto médio, ou seja, metade da amostra tem crenças disfuncionais associadas à gravidez. O resultado mais baixo obtido neste questionário foi de 30 pontos ($N=2$). Nos itens 2. e 3., por exemplo, relacionados com as aptidões maternas para cuidar do bebê, as opiniões estão muito repartidas. Estes dois itens são exemplo da diversidade de opiniões acerca das normas, mitos e crenças associados à gravidez. No item 4., a situação repetiu-se, desta vez com uma crença relacionada com a percepção do papel materno. Já nos itens 5. e 6., relacionados com as crenças de ligação ao bebê, as opiniões parecem ser unânimes quanto à importância de vínculos com o filho. Relativamente ao item 9.: “Eu devo apreciar todos os momentos dos primeiros tempos da vida do meu bebê”, 92.5% das mulheres concordou com esta afirmação; o que demonstra a importância e valorização momentos da mãe com o bebê. No item 10., aconteceu algo similar, com uma afirmação associada à crença de “devoção” ao bebê. O item 11., foi mais controverso; a crença, associada à ideia de maternidade instintiva versus preparação e aquisição de conhecimentos, gerou algum desentendimento em termos de frequências de resposta; o resultado demonstrou que, mais de metade das mulheres que responderam a este questionário acreditam que a gravidez é estado inerente à natureza da mulher; esta é uma crença disfuncional associado à percepção do “ter de saber fazer”. Foi nos itens 12., 13. e 14. - 12. Eu deveria tentar arduamente manter a forma durante a gravidez. 13. Tenho de fazer exercício regularmente após o parto para voltar a estar em forma. 14. Eu aceito as mudanças do meu corpo, até mesmo os odores (não incluindo doenças) -, associados a crenças, normas e mitos relacionados com as mudanças do corpo e a imagem

corporal que as participantes pontuaram mais crenças disfuncionais.

Em suma, quer isto dizer que, apesar da correlação do PRBQ com a SELSA-S ter sido fraca e a, aparentemente, a solidão não depender necessariamente da existência de crenças disfuncionais, esta variável deve ser tida em conta. Até porque, ainda assim, estas crenças poderão ser promotoras da depressão pós-parto, por estarem associadas a auto-comparações tendencialmente desfavoráveis que, obviamente, implicam uma baixa de autoestima. Ao mesmo tempo, estas crenças poderão demonstrar-se prejudiciais para a saúde do bebé, sempre que, por exemplo, a grávida descuidar da sua saúde, em detrimento da aparência física.

Tal como disseram Lee, Vasileiou e Barnett (2017), existem muitas representações irrealistas associadas à gravidez que é necessário combater, utilizando, por exemplo, relatos mais pragmáticos e verídicos sobre o tema; neste caso em concreto, como apontam os resultados, teria de ser disposta especial ênfase no que respeita a crenças, normas e mitos disfuncionais associadas à imagem corporal durante a gravidez.

Na ESSS (Escala de Satisfação com o Suporte Social), serão discutidos os itens onde houve mais consenso entre as participantes. E, ainda que no primeiro item não existisse tanto consenso, gostaria de ressaltar que 51% das mulheres concordou com a afirmação “por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio”; é nítida, logo na primeira afirmação, a diferença existente na amostra; enquanto que, 51% das participantes se sente completamente desamparada, as restantes revelam ter alguma fonte de suporte com a qual estão satisfeitas. Logo a seguir, no item 2., 510 mulheres (65.6%) concordaram com a afirmação: “Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria”; parece ser sobre este ponto – amizade - que há mais conformidade de opiniões. Na maioria, as participantes mostram: *i)* não sair com os amigos tanto como queriam; *ii)* não ter amigos com quem desabafar; *iii)* não ter alguém a quem recorrer em caso de alguma emergência embaraçosa; *iv)* não estar satisfeita com a quantidade ou tipo de amigos

que têm.

Estes resultados repercutem na análise dos resultados totais dos componentes. Na “Satisfação com os amigos” a média de pontuação é 14, um resultado relativamente baixo entre o mínimo 5 e o máximo 25; confirma a análise feita anteriormente. No componente “Satisfação com a família”, com pontuação possível entre os 3 e os 15 pontos, a média dos resultados foi alta, 12 pontos; o que indica que, para as participantes, a família é uma importante fonte de suporte. No componente “Intimidade”, onde o resultado podia variar de 4 a 20 pontos, a pontuação média foi de 12 pontos; um resultado dentro do valor médio. E, por último, no componente “Atividades Sociais”, com pontuações possíveis entre os 3 e os 15 pontos, o resultado médio foi 6 pontos, uma pontuação baixa; esta componente, associada à falta de tempo de lazer, também deve ser tida em conta.

Sobre a SELSA-S, a sua pontuação total pode variar entre 15 e 105 pontos, e, quanto maior a pontuação, maior a percepção de solidão. A pontuação média desta amostra foi de 43 pontos, um resultado médio. No entanto, é relevante transmitir que, houve pontuações de 104 pontos, ou seja, há altos níveis de percepção de solidão nesta amostra. Em síntese, os principais resultados desta escala foram: *i*) a maioria das participantes não se sente só quando está com a sua família, onde existe um sentimento de pertença; *ii*) 76.5% das mulheres revela não ter um parceiro com quem possa partilhar os seus pensamentos e sentimentos mais íntimos; *iii*) 72.1% refere não ter um parceiro romântico que lhe dê apoio ou a encoraje; *iv*) 523 mulheres indicam ter necessidade de uma relação romântica íntima. Em relação à análise dos componentes, começando pela “Romântica”, o resultado foi médio-alto, ou seja, existe uma considerável percepção de solidão nesta área. Em relação à “Família”, o resultado é oposto; aqui o resultado é médio-baixo, o que indica uma menor percepção de solidão. No componente “Social” o resultado obtido foi médio, sem ressonâncias significativas na percepção de solidão da amostra geral.

Em relação às correlações, os resultados apontam para uma forte correlação negativa entre a satisfação com o suporte social e a percepção de solidão, ou seja, quando um aumenta o outro diminui. Neste caso seria: quando a satisfação com o suporte social aumenta, a solidão diminui; ou quando a solidão aumenta, a satisfação com o suporte social diminui. Este resultado suporta a hipótese deste estudo.

Quanto à relação entre a existência de empatia conjugal e a solidão percebida pela mulher, a correlação é também negativa e forte; e, traduz-se na diminuição de solidão, se existir satisfação com o suporte dado pelo parceiro íntimo.

Relativamente à insatisfação com o suporte social e à falta de empatia nas relações românticas, cujas correlações com a percepção de solidão são significativas, importa enfatizar as principais conclusões deste estudo. Relativamente ao suporte social, destaca-se que: i) a satisfação com o suporte advindo de familiares é superior às restantes; ii) a insatisfação com o suporte dos amigos é comum à maioria das participantes; iii) a satisfação com o suporte obtido através de atividades sociais é negativa. Assim, neste caso, a satisfação o apoio da família funciona como um fator de proteção para os sentimentos de solidão. Por outro lado, a insatisfação com o suporte de amigos ou com o suporte de atividades sociais, funcionam como fatores de risco. Sobre a empatia nas relações românticas, os resultados obtidos demonstram a importância na prevenção de sentimentos associados à solidão, confirmando as ideias apresentadas na revisão da literatura. É por isso que, de acordo Lee, Vasileiou e Barnett (2017) é preciso encorajar a empatia nos parceiros das novas mães, a fim de possam ser uma fonte viável de suporte.

Depois de obtidos e analisados estes resultados, foi ainda feita uma análise suplementar, com o objetivo de comparar as pontuações obtidas na escala da solidão (SELSA-S) e algumas variáveis sociodemográficas. Primeiro foi feita uma comparação entre a percepção de solidão das mulheres grávidas e das mulheres que já tinham dado à

luz; os resultados de tal comparação indicam que as recém-mamãs pontuam mais nesta escala, ou seja, percebem a existência de mais sentimentos associados à solidão. Posteriormente, foram comparadas, outra vez, as pontuações médias desta escala com a situação profissional das participantes (1. empregada; 2. desempregada; 3. doméstica; 4. em licença de maternidade;); ao que os resultados indicam, as mulheres que se dedicam às lides da casa – domésticas – pontuam mais na escala da solidão; seguem-se das mulheres que estão desempregadas. Por último, foram feitas comparações com entre as mães que convivem e/ou coabitam com os seus parceiros e os resultados da escala da solidão. Aqui, os resultados eram de esperar: as mulheres que não coabitam com o seu parceiro pontuam mais na escala da solidão; o mesmo acontece com as mulheres que não convivem com o seu parceiro.

Será agora apresentado um quadro que sintetiza os resultados mais importantes da presente investigação.

Tabela 2. Síntese dos principais resultados

Principais resultados	
Caracterização sociodemográfica das participantes	
Amostra	- 777 participantes, das quais 221 (28.4%) são grávidas e 556 (71.6%) deram à luz há menos de 6 meses.
Idade	- Varia entre os 18 e os 49 anos (M= 31.77 anos).

Situação profissional	- 406 (52.3%) estão empregadas; - 278 (35.8%) estão em licença de maternidade; - 83 (10.7%) estão desempregadas; - 10 são domésticas (1.3%).
Estado Civil	- 366 (47.1%) são casadas; - 294 (37.8%) estão numa união de facto; - 116 (14.9%) são solteiras; - 1 participante (0.1%) é viúva.
Coabita com o seu companheiro/parceiro	- 722 mulheres coabitam com o seu companheiro/parceiro romântico.
Convive com o seu companheiro/parceiro	- 749 participantes convivem com o seu companheiro/parceiro romântico.

Pregnancy Related Beliefs Questionnaire (PRBQ)

Crenças específicas sobre a maternidade	- 257 das mulheres (33.1%) negaram estar entusiasmadas sobre o futuro papel como mãe;
Crenças idealistas da maternidade	- 510 das mulheres (65.6%) que responderam a este questionário acreditam que a gravidez é estado inerente à natureza da mulher;
Crenças em relação às mudanças do corpo	- Foi nas crenças, normas e mitos relacionados com as mudanças do corpo e a imagem corporal que as participantes pontuaram mais crenças disfuncionais.

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Satisfação com a família	- A satisfação com o suporte familiar é superior à advinda de amigos ou parceiros românticos.
Satisfação com os amigos	A maioria das participantes mostra: - Não sair com os amigos tanto quanto gostaria; - Não ter amigos com quem possa desabafar; - Não estar satisfeita com a quantidade ou tipo de amigos que têm.

Escala da Solidão Social e Emocional (SELSA-S)

Subescala da relação com a família	- A maioria das mulheres não se sente só quando está com a sua família;
Subescala romântica	- 523 das participantes indica ter necessidade de uma relação romântica; - 76.5% das mulheres revela não ter um parceiro com quem possa partilhar os seus pensamentos e sentimentos mais íntimos; - 72.1% refere não ter um parceiro romântico que lhe dê apoio ou a encoraje;

A solidão e as variáveis sociodemográficas	
A SELSA-S e a gravidez e/ou o pós-parto	- As mulheres que deram à luz há menos de 6 meses pontuam mais na escala da solidão do que as mulheres grávidas.
A SELSA-S e a situação profissional	- São as mulheres domésticas ou desempregadas que pontuam mais na escala da solidão.
A SELSA-S e a convivência e/ou coabitação com o companheiro/parceiro romântico	- As participantes que convivem e ou coabitam com o seu companheiro/parceiro romântico pontuam menos da escala da solidão.

V - Discussão

Serve este ponto para discutir, de uma forma mais subjetiva, os resultados obtidos com esta investigação.

Logo no enquadramento teórico foi feita uma separação entre a gravidez e a primeira gravidez da mulher, o “tornar-se mãe”. Se, no geral, a gravidez tende a ser vista como uma “dádiva”, a primeira gravidez pode, ao mesmo tempo, ser vista como um “sacrifício”. Isto porque, exige trabalho, esforço e empenho constante.

Como também já foi dito, parte das dificuldades do “tornar-se mãe” advém da necessidade de adaptação inerente à transição para uma nova fase do ciclo vital: a maternidade. Esta transição requer uma reestruturação da identidade da mulher para que seja possível ajustar-se às suas novas rotinas, responsabilidades e exigentes tarefas diárias. Em última análise, a primeira gravidez, significa para a mulher toda uma redefinição de prioridades, objetivos e interesses; redefinição esta que poderá ser stressante e emocionalmente desgastante, mas é essencial à consecução do papel materno.

Ainda sobre as dificuldades na adaptação à maternidade, Carvalho, Gaspar e Cardoso (2017) num estudo sobre os principais desafios da primeira gravidez, descobriram que as principais inquietações da mulher se podem agrupar em três categorias: 1. a

recuperação do pós-parto; 2. os cuidados com o bebê; 3. a relação conjugal. Dentro do ponto 1., identificam questões relacionadas com a fadiga, a amamentação ou a imagem corporal. Sobre os cuidados com o bebê, ponto 2., contam-se preocupações relacionadas com a alimentação, o choro e a ligação ao bebê. Por fim, relativamente ao ponto 3., destacam preocupações relativas ao suporte providenciado pelo parceiro romântico, à divisão de tarefas, às discussões do casal e à sexualidade.

Sobre esta última categoria – relação conjugal – relembrar que, a primeira gravidez, além de implicar a redefinição do papel da mulher, implica a redefinição dos papéis no casal. Ou seja, implica o passar da conjugalidade para a parentalidade. Tal como foi anteriormente referido, há autores que defendem uma separação entre estes dois termos e há outros que supõem uma anterioridade da conjugalidade em relação à parentalidade. Na amostra deste estudo, das 777 mulheres que participaram, 660 (84.9%) tem um parceiro/companheiro romântico, estando casadas ou numa união de facto; quer isto dizer que se supõe que deva existir uma anterioridade da conjugalidade à parentalidade; ou seja, que tenha havido um reajuste nos papéis a desempenhar por ambos os elementos do casal, de modo a torna-los mais aptos para lidar com os desafios desta nova realidade. Todavia, os principais resultados obtidos dizem-nos que, 523 das participantes indica ter necessidade de uma relação romântica, 76.5% das mulheres revela não ter um parceiro com quem possa partilhar os seus pensamentos e sentimentos mais íntimos e 72.1% refere não ter um parceiro romântico que lhe dê apoio ou a encoraje. Aliás, as participantes demonstram estar mais satisfeitas com o apoio recebido por familiares do que com o apoio dos parceiros românticos. Estas conclusões põem em cima da mesa a possibilidade de existir uma inadequada adaptação do casal à parentalidade. A conjugalidade que, deveria funcionar como um veículo para o “tornar-se mãe” e para a parentalidade, é posta em causa em termos qualitativos. Para comprovar esta hipótese seria necessário um estudo longitudinal

que avaliasse a satisfação com o apoio providenciado pelo parceiro romântico antes e após a primeira gravidez.

Em relação às duas outras categorias (1. a recuperação do pós-parto e 2. os cuidados com o bebê) identificadas por Carvalho, Gaspar e Cardoso (2017) como desafiantes na primeira gravidez, pode dizer-se que as preocupações incluídas nestes dois grupos correspondem à variável “crenças, normas e mitos” do presente estudo. Estas crenças, além de estarem associadas à depressão do pós-parto, se altamente disfuncionais, podem gerar sentimentos de incompreensão, rejeição e, conseqüentemente solidão.

Relativamente aos resultados obtidos neste campo, relembro que, as pontuações mais altas de crenças disfuncionais das participantes, se relacionam com a imagem corporal, parte integrante da identidade da mulher. As transformações que o corpo da mulher sofre fazem parte das muitas alterações implícitas à gravidez, porém nem todas as mulheres as aceitam facilmente ou se adaptam a elas. É que, estas transformações além de estarem consideravelmente fora do controlo da mulher, fazem com que se sinta uma ameaça de perda de identidade; como se fosse possível uma descontinuidade da pessoa antes e após a primeira gravidez (Carvalho, Gaspar & Cardoso, 2017).

Apesar da pontuação obtida nesta escala (Pregnancy Related Beliefs Questionnaire, PRBQ) estar ligeiramente acima do ponto médio e indicar a presença de crenças disfuncionais nas participantes, a correlação entre a existência de crenças disfuncionais e a percepção de solidão é fraca. Quer isto dizer que, aparentemente, a percepção de solidão não é influenciada e/ou não depende, da existência de crenças disfuncionais associadas à gravidez. Aqui o resultado pode ser enganador ou, pelo menos, contestável, por duas razões simples: 1. as próprias crenças disfuncionais podem mascarar sentimentos de solidão; 2. não sabemos até que ponto as respostas são influenciadas pela desejabilidade social, ou seja, pelas normas da sociedade do que é moralmente aceitável. Sobre a segunda razão apresentada, serve de

exemplo o item 9. deste questionário: “Eu devo apreciar todos os momentos dos primeiros tempos da vida do meu bebê”; neste item, 92.5% das mulheres concordou com a afirmação. Não sabemos é, até que ponto, este número representativo da devoção da mãe ao bebê, não é em parte um mecanismo superegóico das mulheres que, através da resposta “ideal” do “eu devo”, inibem sentimentos de culpa.

Em suma, no fundo, são todas estas preocupações e, a capacidade da mulher de lidar com elas, que vão ditar a presença de sentimentos de solidão na primeira gravidez.

Tal como antes foi mencionado e, corroborado pelos resultados obtidos, a existência de suporte social, de empatia nas relações amorosas e a inexistência de crenças disfuncionais na gravidez, ao ajudarem a enfrentar possíveis dificuldades na adaptação à maternidade, funcionam um entrave aos sentimentos de solidão, prevenindo até o seu aparecimento. Assim, poderá dizer-se que, a falta de suporte social, a falta de empatia nas relações amorosas e existência de crenças, normas e mitos disfuncionais na primeira gravidez são, potencialmente, formas primárias de solidão.

Acerca da solidão, recorde que no início deste trabalho foi feita uma distinção entre o estar fisicamente só e o “sentir-se só”. A percepção de solidão, o “sentir-se só”, não implica necessariamente que se esteja só. Porém, o resultado da percepção de solidão das participantes, quando correlacionado com a variável sociodemográfica da “situação profissional”, mostra-nos que, são as mulheres domésticas as que mais reportam sentimentos de solidão. Visto que o ser “dona de casa” implica a ocupação com as lides do lar, à partida, estas mulheres passam mais tempo em casa, sem colegas de trabalho e, embora isto não implique que estejam necessariamente sem companhia, poderá predizer que passem mais tempo sozinhas. Por outro lado, as mulheres que não convivem/coabitam com o seu parceiro romântico, também apresentam um maior nível de solidão percebida; a explicação poderá residir na falta de suporte de um parceiro romântico ou, no estar só. Isto quer dizer

que, é plausível que o estar só e o “sentir-se só” estejam intimamente correlacionados na primeira gravidez. Seria necessário um estudo mais aprofundado sobre estas variáveis ou sobre o tempo real que as mulheres passam sozinhas durante a primeira gravidez para tirar conclusões acertadas.

Acrescento que, ainda sobre a variável “situação profissional”, logo a seguir às mulheres domésticas, quem mais pontua na escala da solidão (SELSA-S) são as mulheres desempregadas. Tal como mencionado na contextualização, o desemprego está associado à depressão pós-parto por implicar preocupações financeiras constantes. É possível que exista aqui também uma paridade entre solidão e depressão.

A respeito da sucessão da depressão aos sentimentos de solidão, Theeke, Goins, Moore e Campbell (2012) descobriram que além desta resultar da falta de suporte social, resulta, sobretudo, da falta de apoio emocional. Neste caso, tratando-se da primeira gravidez de uma mulher, pressupõe-se que o apoio emocional deva chegar de amigos, familiares ou de parceiros românticos. Como já foi dito, é com o apoio dos familiares que as participantes deste estudo estão mais satisfeitas.

Apesar de existir uma analogia entre a solidão na gravidez e a depressão pós-parto, como neste estudo participaram mulheres ainda grávidas, não foi avaliada a presença de sintomatologia depressiva. Contudo, é importante referir que, a perceção de solidão é mais comum e acentuada nas participantes que já deram à luz. O que, por sua vez, poderá indicar uma propensão para a depressão do pós-parto. Seria pertinente que, noutro estudo, fosse feita a correlação entre a perceção de solidão durante a gravidez e a efetiva depressão após o nascimento do bebé.

VI - Limitações do estudo

Serão agora apresentadas algumas limitações deste estudo, a fim

de criar melhores condições para investigações futuras: 1. Tendo em conta que, hoje, grande parte das interações sociais se dão através de ecrãs e que, as redes sociais são consideradas uma fuga à socialização que fazem aumentar os sentimentos de solidão (Nowland, Necka e Cacioppo, 2017), seria pertinente também ter avaliado o tempo que as participantes passam *online*. Isto até porque, além das redes sociais estarem associadas à perceção de solidão, estão também, como já foi dito, relacionadas com a existência de crenças disfuncionais na gravidez, em concreto, com autocomparações desfavoráveis e imagens corporais negativas; 2. Ainda sobre as redes sociais, importa lembrar que estas fizeram parte do método usado para a recolha da amostra, ou seja, além de limitar o acesso à população alvo, pode condicionar a veracidade das respostas obtidas; 3. A amamentação. Apesar de não ter sido uma variável estudada, gostaria de alertar para o seu impacto psicológico. Através da pesquisa, percebi que mais, do que implicações físicas, a amamentação requer um complexo trabalho de gestão emocional, especialmente nas mulheres que são mães pela primeira vez. Muitas mulheres falam na dificuldade de ajustarem as suas rotinas a este ato que, acabam por associar à perda ou falta de independência (Emotional & psychological aspects of breastfeeding, 2018); o que, por sua vez, poderá estar relacionado com a solidão, já que implica a redução de contatos/atividades sociais. A relação entre a amamentação e a solidão parece-me não ter sido muito explorada por profissionais da saúde mental. 4. Brage Hudson, M. Elek e Ofe Fleck (2001) descobriram que o género do bebé pode influenciar a satisfação dos pais e autoeficácia dos cuidados. A variável “género do bebé” não foi tida em conta no presente estudo, porém seria interessantes saber se existe alguma relação a solidão durante a gravidez.

Sobre lacunas desta investigação posso referir: 1. O facto de o protocolo de investigação disponibilizado *online* ter no título o objeto de estudo da investigação “A solidão da mãe na primeira gravidez”; considero que, este pequeno detalhe, possa ter influenciado as respostas

das participantes. Por exemplo, através da necessidade de “provar” que não se sentem sós e que a solidão não é uma realidade na gravidez, ou seja, contestando a afirmação do título. Teria sido útil a utilização de uma escala que avaliasse a desejabilidade social, a fim de evitar respostas pouco honestas ou enviesadas. 2. A análise estatística dos dados sociodemográficos não foi exaustiva; penso que, uma análise mais aprofundada, por exemplo, relativamente ao estado civil da mulher, poderia ser complementar.

VII - Conclusões

Como já foi dito na análise e discussão dos resultados, existe, de facto, uma correlação entre a existência de crenças disfuncionais, suporte social e empatia nas relações com a percepção de solidão da mulher na primeira gravidez. Esta conclusão permite um maior entendimento sobre o tema e possibilita possíveis intervenções mais viáveis ou até a criação de programas de prevenção da solidão na primeira gravidez da mulher.

Logo no início deste estudo, foi referida a relação entre a percepção de solidão durante a gravidez e a possibilidade de desenvolver sintomatologia depressiva após o parto. Reside aqui grande parte da importância desta investigação. Se a solidão for prevenida ou “combatida” durante a gravidez, haverá menores probabilidades de diagnósticos de depressão pós-parto.

Findo, recomendando a avaliação da existência de crenças disfuncionais, suporte social e empatia nas relações, na prática clínica durante a gravidez, seja em consultas de rotina ou acompanhamento obstétrico, já que estes fatores são bons preditores da solidão na gravidez e, ao mesmo tempo, servem de prognóstico para a depressão pós-parto.

Bibliografia

Aktan, N. (2010). Functional Status After Childbirth and Related Concepts. *Clinical Nursing Research*, 19(2), 165-180. doi: 10.1177/1054773810369372

Araújo, N., Salim, N., Gualda, D., & Silva, L. (2012). Corpo e sexualidade na gravidez. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 46(3), 552-558. doi: 10.1590/s0080-62342012000300004

Bäckström, C., Larsson, T., Wahlgren, E., Golsäter, M., Mårtensson, L., & Thorstensson, S. (2017). 'It Makes You Feel Like You Are Not Alone': Expectant first-time mothers' experiences of social support within the social network, when preparing for childbirth and parenting. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 12, 51-57. doi: 10.1016/j.srhc.2017.02.007

Bischoff, R. (2004). The Transition to Parenthood. *Journal Of Couple & Relationship Therapy*, 3(1), 69-75. doi: 10.1300/j398v03n01_05

Brage Hudson, D., M. Elek, S., & Ofe Fleck, M. (2001). First-Time Mothers' And Fathers' Transition To Parenthood: Infant Care Self-Efficacy, Parenting Satisfaction, and Infant Sex. *Issues In Comprehensive Pediatric Nursing*, 24(1), 31-43. <http://dx.doi.org/10.1080/014608601300035580>

Brown, A. *Psychological Factors*. Arizona Department Of Health Services. Retrieved 23 April 2018, from <http://www.azdhs.gov/documents/.../psychological-factors.pptx>

Cacioppo, J., Fowler, J., & Christakis, N. (2009). Alone in the crowd: The structure and spread of loneliness in a large social network. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 97(6), 977-991. doi: 10.1037/a0016076

Cacioppo, S., Capitanio, J., & Cacioppo, J. (2014). Toward a neurology of loneliness. *Psychological Bulletin*, 140(6), 1464-1504. doi: 10.1037/a0037618

Carin, M., Lundgren, I., & Bergbom, I. (2011). First time pregnant women's experiences in early pregnancy. *International Journal Of Qualitative Studies On Health And Well-Being*, 6(2), 5600. <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v6i2.5600>

Carvalho, J., Gaspar M., Cardoso A. (2017). Challenges of motherhood in the voice of primiparous mothers: initial difficulties. *Invest. Educ. Enferm.* 35(3): 285-294

Coutinho, E., Silva, C., Chaves, C., Nelas, P., Parreira, V., Amaral, M., & Duarte, J. (2014). Pregnancy and childbirth: What changes in the lifestyle of women who become mothers?. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 48(spe2), 17-24. <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420140000800004>

Emotional & psychological aspects of breastfeeding | Topics, Breastfeeding, Pregnancy & children, People's Experiences | healthtalk.org. (2018). *Healthtalk.org*. Retrieved 23 April 2018, from <http://www.healthtalk.org/peoples-experiences/pregnancy-children/breastfeeding/emotional-psychological-aspects-breastfeeding>

Esteves, C., Anton, M., & Piccinini, C.. (2011). Indicadores de Preocupação Materna Primária na gestação de mães que tiveram parto pré-termo. *Psicologia Clínica*, 23(2), 75-99.

Fernandes, H., & Neto, F. (2009). *Adaptação Portuguesa da Escala de Solidão Social e Emocional (SELSA-S)*. *Psicologia, Educação e Cultura*, XIII, 7-31

Giorgianni, S. (2000). Intimacy and Health: A Delicate Lifelong Balance. *The Pfizer Journal*, 4(4).

Hare-Mustin, R., Bennett, S., & Broderick, P. (1983). Attitude toward motherhood: Gender, generational, and religious comparisons. *Sex Roles*, 9(5), 643-661. doi: 10.1007/bf00290071

Hamilton, E., Nowell, A., Harden, A., & Thangaratinam, S. (2018). Conduct and reporting of acceptability, attitudes, beliefs and experiences of pregnant women in randomised trials on diet and lifestyle interventions: A systematic review. *European Journal Of Obstetrics & Gynecology And Reproductive Biology*, 225, 243-254. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.05.008

Hawkins, A., Cowan, C., & Cowan, P. (1992). When Partners Become Parents: The Big Life Change for Couples. *Journal Of Marriage And The Family*, 54(3), 713. doi: 10.2307/353262

Hawkley, L., & Cacioppo, J. (2010). Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Annals Of Behavioral Medicine*, 40(2), 218-227. doi: 10.1007/s12160-010-9210-8

Hicks, S., & Brown, A. (2016). Higher Facebook use predicts greater body image dissatisfaction during pregnancy: *The role of self-comparison. Midwifery*, 40, 132-140. doi: 10.1016/j.midw.2016.06.018

Hebl, M., King, E., Glick, P., Singletary, S., & Kazama, S. (2007). Hostile and benevolent reactions toward pregnant women: Complementary interpersonal punishments and rewards that maintain traditional roles. *Journal Of Applied Psychology*, 92(6), 1499-1511. doi: 10.1037/0021-9010.92.6.1499

Hoekzema, E., Barba-Müller, E., Pozzobon, C., Picado, M., Lucco, F., & García-García, D. et al. (2016). Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nature Neuroscience*, 20(2), 287-296. <http://dx.doi.org/10.1038/nn.4458>

Holt-Lunstad, J., & Smith, T. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for CVD: implications for evidence-based patient care and scientific inquiry. *Heart*, 102(13), 987-989. doi: 10.1136/heartjnl-2015-309242

Holwerda, T., Deeg, D., Beekman, A., van Tilburg, T., Stek, M., Jonker, C., & Schoevers, R. (2012). Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Journal Of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 85(2), 135-142. doi: 10.1136/jnnp-2012-302755

House, J., Landis, K., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540-545. doi: 10.1126/science.3399889

Theeke L., Goins T., Moore J. & Campbell H. (2012). Loneliness, Depression, Social Support, and Quality of Life in Older Chronically Ill Appalachians., *The Journal of Psychology*, 146:1-2, 155-171, DOI: 10.1080/00223980.2011.609571

Leach, D., Terry, P., & Nikčević, A. (2017). The Pregnancy Related Beliefs Questionnaire (PRBQ): An examination of the psychometric properties in perinatal samples. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(1), 152-162. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.2149>

Lee, K., Vasileiou, K., & Barnett, J. (2017). ‘Lonely within the mother’: An exploratory study of first-time mothers’ experiences of loneliness. *Journal Of Health Psychology*, 135910531772345. doi: 10.1177/1359105317723451

Leite, M., Rodrigues, D., Sousa, A., Melo, L., & Fialho, A. (2014). Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. *Psicologia Em Estudo*, 19(1), 115-124. doi: 10.1590/1413-7372189590011

Madar, A. (2013). General and Specific Maternal Cognitions in Postpartum Depression: An Explorative Study. *Procedia - Social And Behavioral Sciences*, 78, 420-424. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.04.323

Maliszewska, K., Świątkowska-Freund, M., Bidzan, M., & Preis, K. (2016). Relationship, social support, and personality as psychosocial determinants of the risk for postpartum blues. *Ginekologia Polska*, 87(6), 442-447. doi: 10.5603/gp.2016.0023

McKellar, L., Pincombe, J., & Henderson, A. (2002). Congratulations you're a mother: A strategy for enhancing postnatal education for first-time mothers investigated through an action research cycle. *The Australian Journal Of Midwifery*, 15(3), 24-31. [http://dx.doi.org/10.1016/s1031-170x\(02\)800058](http://dx.doi.org/10.1016/s1031-170x(02)800058)

McVeigh, C. (1997). Motherhood Experiences from the Perspective of First-Time Mothers. *Clinical Nursing Research*, 6(4), 335-348. <http://dx.doi.org/10.1177/105477389700600404>

Mercer, R. (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal Of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>

Morse, C., Buist, A., & Durkin, S. (2000). First-time parenthood: Influences on pre- and postnatal adjustment in fathers and mothers. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21(2), 109-120. <http://dx.doi.org/10.3109/01674820009075616>

Moorhead, S., Owens, J., & Scott, J. (2003). Development And Piloting Of The Pregnancy Related Beliefs Questionnaire (PRBQ). *Behavioural And Cognitive Psychotherapy*, 31(2), 207-213.
<http://dx.doi.org/10.1017/s1352465803002091>

Myrskylä, M., & Margolis, R. (2014). Happiness: Before and After the Kids. *Demography*, 51(5), 1843-1866. doi: 10.1007/s13524-014-0321-x

Neto, F. (2000). *Psicologia social* (vol.II). Lisboa: Universidade Aberta

Nicolson, P. (2010). What is ‘psychological’ about ‘normal’ pregnancy?. *The Psychologist*, 23(3). Retrieved from <http://www.thepsychologist.org.uk>

Norbeck, J., & Tilden, V. (1983). Life Stress, Social Support, and Emotional Disequilibrium in Complications of Pregnancy: A Prospective, Multivariate Study. *Journal Of Health And Social Behavior*, 24(1), 30. doi: 10.2307/2136301

Nowland, R., Necka, E., & Cacioppo, J. (2017). Loneliness and Social Internet Use: Pathways to Reconnection in a Digital World?. *Perspectives On Psychological Science*, 13(1), 70-87. doi: 10.1177/1745691617713052

Piedade, M. (2014) *Representações Sobre A Gravidez: O Que Muda Em Cada Trimestre?* (Dissertação de Mestrado). ISPA, Lisboa.

PORDATA - Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho.

(2018). Retrieved from
<https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>

Povedano, M., Noto, I., Pinheiro, M., & Guinsburg, R. (2018). Mother's perceptions and expectations regarding their newborn infants: the use of Broussard's neonatal perception inventory. *Revista Paulista Pediatria* 2011;, 29(2), 239-44.

Pregnancy. (2018). Retrieved from
<http://www.who.int/topics/pregnancy/en/>

Ribeiro, J. (2011). *Escala de Satisfação com o Suporte Social* (1st ed.). Lisboa: Placebo, Editora LDA.

Rokach, A., & Brock, H. (1997). Loneliness and the Effects of Life Changes. *The Journal Of Psychology*, 131(3), 284-298. doi: 10.1080/00223989709603515

Rokach, A. (1999). Cultural Background and Coping With Loneliness. *The Journal Of Psychology*, 133(2), 217-229. doi: 10.1080/00223989909599735

Rokach, A. (2004). Giving Life: Loneliness, Pregnancy And Motherhood. *Society for Personality Research*, 32(7), 691-702

Seguin, L., Potvin, L., Stdenis, M., & Loiselle, J. (1995). Chronic

stressors, social support, and depression during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 85(4), 583-589. doi: 10.1016/0029-7844(94)00449-n

Thornton, P., Kieffer, E., Salabarría-Peña, Y., Odoms-Young, A., Willis, S., Kim, H., & Salinas, M. (2006). Weight, Diet, and Physical Activity-Related Beliefs and Practices Among Pregnant and Postpartum Latino Women: The Role of Social Support. *Maternal And Child Health Journal*, 10(1). doi: DOI: 10.1007/s10995-005-0025-3

Thorstensson, S., Ekström, A., Hertfelt Wahn, I., & Langius-Eklöf, A. (2012). Evaluation of the Mother-to-Infant relation and feeling scale: Interviews with first-time mothers' for feelings and relation to their baby three days after birth. *International Journal Of Nursing And Midwifery*, Vol. 4(1), pp. 8-15. <http://dx.doi.org/10.5897/IJNM11.041>

Tiwari, S. (2013). Loneliness: A disease?. *Indian Journal Of Psychiatry*, 55(4), 320. doi: 10.4103/0019-5545.120536

Wilson, C., & Simpson, J. (2016). Childbirth pain, attachment orientations, and romantic partner support during labor and delivery. *Personal Relationships*, 23(4), 622-644. doi: 10.1111/per.12157

Yelland, J., & Brown, S. (2014). Asking Women about Mental Health and Social Adversity in Pregnancy: Results of an Australian Population-Based Survey. *Birth*, 41(1), 79-87. doi: 10.1111/birt.12083

Zornig, S. (2010). Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. *Tempo Psicanalítico*, v.42.2, p.453-470.

Anexos

Anexo 1 – Protocolo de Investigação

1. Questionário Sociodemográfico

Idade: _____ (anos)

Área de residência: Norte Centro Lisboa e Vale do Tejo

Alentejo Algarve Açores Madeira

Escolaridade: 4ª classe 12º ano
 6º ano Bacharelato/Licenciatura
 9º ano Mestrado/Doutoramento

Situação profissional: - empregada desempregada
 em licença de maternidade doméstica

Estado Civil: solteira casada comprometida união de facto

Convive com o seu companheiro/parceiro: sim não

Coabita com o seu companheiro/parceiro: sim não

Atualmente grávida: sim

Meses de gravidez: 3 a 6 meses 6 a 9 meses

Mãe há menos de 6 meses: sim

Idade do bebé (meses): 3 meses ou menos de 3 aos 6 meses

2. Pregnancy Related Beliefs Questionnaire (PRBQ)

Responda de acordo com aquilo que sente na maioria do tempo	Discordo totalmente	Discordo muito	Discordo um pouco	Indiferente	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo totalmente
1. Se o bebé de alguém estiver mais feliz do que o meu, provavelmente é porque eu sou uma mãe “inadequada”.							
2. Se sou incapaz de satisfazer o meu bebé, sou uma “má” mãe.							
3. Se não conseguir cuidar do meu bebé de forma apropriada, mostra que sou “inútil”.							
4. Se não me sentir maternal, significa que sou “má”.							
5. Se o meu bebé estiver infeliz, eu vou sentir que a culpa é minha.							
6. Se eu não me sentir completamente ligada emocionalmente ao meu bebé, deveria preocupar-me com o que isso significa.							
7. Se alguém importante para mim me prestar menos atenção depois do parto, é porque o bebé é mais importante para eles do que eu.							
8. Eu estou tão entusiasmada quanto deveria com o meu papel de futura mãe.							
9. Eu devo apreciar todos os momentos dos primeiros tempos da vida do meu bebé.							
10. Eu tenho de fazer tudo o que for preciso para deixar o meu bebé completamente feliz.							
11. A maternidade é um estado natural e instintivo para mulher.							
12. Eu deveria tentar arduamente manter a forma durante a gravidez.							
13. Tenho de fazer exercício regularmente após o parto para voltar a estar em forma.							
14. Eu aceito as mudanças do meu corpo, até mesmo os odores (não incluindo doenças).							

3. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

A SEGUIR VAI ENCONTRAR VÁRIAS AFIRMAÇÕES, SEGUIDAS DE CINCO LETRAS. MARQUE UM CÍRCULO À VOLTA DA LETRA QUE MELHOR QUALIFICA A SUA FORMA DE PENSAR. POR EXEMPLO, NA PRIMEIRA AFIRMAÇÃO, SE VOCÊ PENSA QUASE SEMPRE QUE POR VEZES SE SENTE SÓ NO MUNDO E SEM APOIO, DEVERÁ ASSINALAR A LETRA A, SE ACHA QUE NUNCA PENSA ISSO DEVERÁ MARCAR A LETRA E.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8-Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

4. Escala de Solidão Social e Emocional (SELSA-S)

Responda de acordo com aquilo que sente na maioria do tempo	Discordo totalmente	Discordo muito	Discordo um pouco	Indiferente	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo totalmente
1. Sinto-me só quando estou com a minha família.							
2. Sinto que faço parte de um grupo de amigos.							
3. Tenho um/a parceiro/a com quem partilho os meus pensamentos e sentimentos mais íntimos.							
4. Não há ninguém da minha família com quem eu possa contar para me apoiar e encorajar, mas gostaria de ter.							
5. Os meus amigos compreendem os meus motivos e razões.							
6. Eu tenho um/a parceiro/a romântico/a que me dá apoio e encorajamento que necessito.							
7. Eu não tenho amigos que partilhem o meu ponto de vista, mas gostaria de ter.							
8. Sinto-me próximo da minha família.							
9. Posso contar com a ajuda dos meus amigos.							
10. Quem me dera ter uma relação romântica mais satisfatória.							
11. Sinto-me parte da minha família.							
12. A minha família realmente preocupa-se comigo.							
13. Não tenho nenhum amigo que me compreenda, mas gostaria de ter.							
14. Eu tenho um/a parceiro/a romântico/a para cuja felicidade eu contribuo.							
15. Tenho necessidade de uma relação romântica íntima.							

Anexo 2: Análise da consistência interna***Alpha de Cronbach*****PRBQ****Estatísticas de confiabilidade**

Alfa de Cronbach	N de itens
,718	14

ESSS**Estatísticas de confiabilidade**

Alfa de Cronbach	N de itens
,905	15

SELSA-S**Estatísticas de confiabilidade**

Alfa de Cronbach	N de itens
,879	15

Anexo 3: Análise das correlações

Correlação de Pearson

PRBQ

		Correlações	
		PRBQ	SELSA-S
PRBQ	Correlação de Pearson	1	,385**
	Sig. (2 extremidades)		,000
	N	777	777
SELSA-S	Correlação de Pearson	,385**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	
	N	777	777

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

ESSS

		Correlações	
		SELSA	ESSS
SELSA	Correlação de Pearson	1	-,766**
	Sig. (2 extremidades)		,000
	N	777	777
ESSS	Correlação de Pearson	-,766**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	
	N	777	777

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Correlação de Spearman

Correlações

			SELSA	ESSSfam	ESSSami
rô de Spearman	SELSA	Coeficiente de Correlação	1,000	-,516**	-,646**
		Sig. (2 extremidades)	.	,000	,000
		N	777	777	777
	ESSSfam	Coeficiente de Correlação	-,516**	1,000	,437**
		Sig. (2 extremidades)	,000	.	,000
		N	777	777	777
	ESSSami	Coeficiente de Correlação	-,646**	,437**	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,000	,000	.
		N	777	777	777
	ESSSsoc	Coeficiente de Correlação	-,481**	,330**	,582**
		Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000
		N	777	777	777
ESSSinti	Coeficiente de Correlação	-,762**	,472**	,680**	
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	
	N	777	777	777	

			ESSSsoc	ESSSinti
rô de Spearman	SELSA	Coeficiente de Correlação	-,481**	-,762**
		Sig. (2 extremidades)	,000	,000
		N	777	777
	ESSSfam	Coeficiente de Correlação	,330**	,472**
		Sig. (2 extremidades)	,000	,000
		N	777	777
	ESSSami	Coeficiente de Correlação	,582**	,680**

	Sig. (2 extremidades)	,000	,000
	N	777	777
ESSSsoc	Coeficiente de Correlação	1,000	,561**
	Sig. (2 extremidades)	.	,000
	N	777	777
ESSSinti	Coeficiente de Correlação	,561**	1,000
	Sig. (2 extremidades)	,000	.
	N	777	777

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Anexo 4: Análise da comparação de médias

Total da SELSA * Atualmente grávida:

SELSA_{tot}

Atualmente grávida:	Média	N	Desvio Padrão	Erro de média padrão
Sim	39,2624	221	16,50272	1,11009
Não	45,0468	556	16,36877	,69419
Total	43,4015	777	16,60296	,59563

Total da SELSA * Mãe há menos de 6 meses:

SELSA_{tot}

Mãe há menos de 6 meses:	Média	N	Desvio Padrão	Erro de média padrão
Sim	43,8632	424	16,22231	,78782
Não	42,8470	353	17,05554	,90777
Total	43,4015	777	16,60296	,59563

Médias para a situação profissional

Total da SELSA

Situação profissional:	Média	N	Desvio Padrão	Erro de média padrão
empregada;	42,7438	406	16,53633	,82068
desempregada;	47,3253	83	20,03601	2,19924
doméstica;	53,7000	10	14,54533	4,59964
em licença de maternidade;	42,8201	278	15,40465	,92391
Total	43,4015	777	16,60296	,59563

Total da SELSA * Convive com o seu companheiro/parceiro:

SELSA

Convive com o seu companheiro/parceiro:	Média	N	Desvio Padrão	Erro de média padrão
Sim	42,8371	749	16,38230	,59860
Não	58,5000	28	15,56468	2,94145
Total	43,4015	777	16,60296	,59563

Total da SELSA * Coabita com o seu companheiro/parceiro:

SELSAtot

Coabita com o seu companheiro/parceiro:	Média	N	Desvio Padrão	Erro de média padrão
Sim	42,6814	722	16,33299	,60785
Não	52,8545	55	17,36473	2,34146
Total	43,4015	777	16,60296	,59563