

Estudo comparativo do auto-conceito na grávida com e sem patologia obstétrica

Carla Sofia Pascoal Silveira * – Manuela Maria da Conceição Ferreira **

RESUMO

O auto-conceito ou a forma como a pessoa se vê a si própria e avalia as suas capacidades, sofre mudanças resultantes das experiências de vida e das diferentes fases do ciclo vital. A gravidez, sendo um momento privilegiado de mudança a todos os níveis, constitui um enorme desafio, que questiona a própria identidade e conceito pessoal da mulher no seu processo de adaptação a uma nova condição e papel. A forma como a grávida vivencia todas as transformações e os acontecimentos significativos decorrentes exigem um enorme esforço de equilíbrio, que nem sempre decorre sem dificuldades. A crise adicional de um diagnóstico de patologia obstétrica resulta num acréscimo de vulnerabilidade, que pode afectar a própria identidade da mulher e a sua saúde emocional.

Realizou-se um estudo quantitativo, transversal, descritivo-correlacional e analítico, com o objectivo de comparar o auto-conceito da grávida com e sem patologia obstétrica, bem como, a influência de variáveis psicossociais. Utilizou-se para o efeito um questionário destinado à caracterização socio-demográfica da amostra, o Inventário Clínico de Auto-Conceito de Vaz Serra (1986a), a Escala Instrumental e Expressiva de Suporte Social de Paixão e Oliveira (1996) e a Escala de Avaliação de Emoções de Moura-Ramos, Pedrosa e Canavarro (2005). Foram inquiridas 219 grávidas, das quais 104 têm diagnóstico de patologia obstétrica.

Do estudo conclui-se que não existem diferenças significativas entre o auto-conceito das grávidas com e sem patologia; o suporte social total e a felicidade estão associados positivamente ao auto-conceito, verificando-se uma relação inversa com o suporte prático, o suporte emocional, a culpa e o medo.

Palavras-chave: Auto-conceito, Gravidez, Patologia Obstétrica, Suporte Social, Emoções.

ABSTRACT

The self-concept or the way a person sees herself and assesses self-capabilities, undergoes changes resulting from life experiences and different life cycle phases. Pregnancy, being a privileged time for changing, constitutes a huge challenge, questioning the identity and self-concept of women in the

process of adaptation to a new status and role. The way the pregnant experience all the changing and significant arising even-its, requires an immense effort of balance that does not always run smoothly. Additional diagnosis of obstetric pathology brings more crisis and result in increased vulnerability that may affect the woman's identity and her emotional health.

We conducted a quantitative, cross-sectional, descriptive/correlational and analytical study, in order to compare the self-concept pregnant with and without obstetric pathology, as well as the influence of psychosocial variables. Was used for this purpose a questionnaire to characterize socio-demographically the sample, the Vaz Serra's "Self-Concept Clinical Inventory" (1986a), the Paixão and Oliveira's "Instrumental and Expressive Social Support Scale" (1996) and the "Emotional Assessment Scale – Portuguese version" by Moura-Ramos, Pedrosa and Canavarro (2005). 219 pregnant women were surveyed, of whom 104 had obstetric pathology.

The study concluded that there is no significant difference between the self-concept of pregnant women who have obstetric pathology comparing to those who have not; the social support and happiness are positively related to the self-concept, but the inverse occurs when related to the practical support, the emotional support, the guilt and the fear.

Keywords: Self-concept, Pregnancy, Obstetric Pathology, Social Support, Emotions.

INTRODUÇÃO

A gravidez é um período especial “de espera carregado de expectativas (...) que se recorda vida fora” (Leal, 2005, p.10) e por isso, várias têm sido as disciplinas científicas que o têm considerado como um momento privilegiado de intervenção e de promoção da saúde. Não são apenas os cuidados físicos que devem ser assegurados pelos profissionais de saúde, mas também os cuidados psicológicos, vigiando a adaptação da mulher à sua nova condição e ao seu novo papel de grávida e futura mãe, de forma a prevenir desequilíbrios e perturbações emocionais.

Por se ter esta consciência que os aspectos psicológicos da grávida têm grande importância nesta etapa da sua vida e influenciam todas as outras esferas, numa imbricação de facto-

* EESMO – UHC – Coimbra, Enfermeira nos Hospitais da Universidade de Coimbra.

** Professora Coordenadora do IPV – ESSV.

res, e dada a vulnerabilidade inerente à patologia obstétrica associada, rapidamente se pode compreender o porquê de estudar se o auto-conceito difere nas grávidas com e sem patologia obstétrica associada.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Muitos são os autores que se têm debruçado sobre o auto-conceito, enquanto objecto de estudo das mais diversas áreas do conhecimento. O auto-conceito referindo-se à forma como a pessoa se percebe a si própria e interage com os outros, é uma estrutura psicológica influente na saúde, no bem-estar do indivíduo e no desenrolar da vida quotidiana (Bolander, 1998; Lopes, 2006; Oliveira, 2002; Pete-McGadney, 1995; Gécas, 1982 citado por Silva, 2007 e por Vaz Serra, 1986b).

De uma forma simples pode-se afirmar que o auto-conceito é uma estrutura preditiva de um bom ajustamento ou, pelo contrário, de perturbações emocionais, qualquer que seja a fase do ciclo vital (Vaz Serra et al., 1987).

Numa perspectiva desenvolvimental, o conceito pessoal de cada indivíduo sofre, também, mudanças motivadas por determinadas experiências, pelo ambiente em que vive e ainda, por períodos de transição e de mudanças biológicas e sociais, ao longo do seu ciclo vital (Canavarro, 2001; Meireles & Costa, 2003; Oliveira, 2002; Pedroso, 2001; Pete-McGadney, 1995; Vaz Serra, 1986b).

A transição para a paternidade/maternidade constitui “uma das tarefas desenvolvimentais mais significativas da idade adulta” e por isso mesmo, um momento de redefinição, por excelência, das estruturas internas e auto-percepções, em torno da identidade materna e das relações com os outros, nomeadamente no que respeita à relação mãe-bebé (Canavarro, 2001; Belsky, 1985, Cohen & Slade, 2000, Dion, 1985, Ruble, 1990 e Smith, 1999 citados por Meireles & Costa, 2003, p. 233; Oliveira, 2002).

Segundo Daly (2003), o auto-conceito tem um papel moderador no bem-estar e no ajustamento psicológico que a transição para a maternidade acarreta e considera este período, a oportunidade ideal para examinar a relação entre as características estruturais do auto-conceito e a saúde psicológica da mulher.

A gravidez, apesar de natural, constitui um dos desafios mais significativos na vida de uma mulher, exigindo esforços assinaláveis de redefinição das suas estruturas internas e auto-percepções, face ao seu novo papel de grávida e futura mãe (Meireles & Costa, 2003; Oliveira, 2002; Raphael-Leff, 1997).

Hocking (2007) afirma, com base nos seus estudos, que a gravidez altera dramaticamente a forma como uma mulher se vê e sente a si mesma e acrescenta que a identidade de mãe é formada nos primeiros estágios da gestação e que cresce no conceito que a mulher tem de si própria, durante todo o percurso.

Só o facto de estar a gerar um filho produz na mulher mudanças biológicas, emocionais e sociais complexas, consti-

tuindo um autêntico desafio de crescimento, adaptação e estruturação da sua maturidade e personalidade (Brazelton, 1994; Hernandez & Hutz, 2008; Raphael-Leff, 1997). Neste âmbito, o nascimento de um filho, sobretudo no caso de ser o primeiro, implica grandes mudanças e tem um grande impacto na vida pessoal e familiar dos indivíduos, modificando de forma irreversível a identidade, papéis e funções dos pais e de toda a família (Relvas, 2000).

Colman e Colman (1994) e Raphael-Leff (1997) referem-se à gravidez como um período crítico de transição, caracterizado por profundas mudanças e por um estado temporário de desequilíbrio instável, de vulnerabilidade e de exigência externa, em nada semelhantes a qualquer outra experiência da vida adulta e que a própria grávida tem dificuldade em explicar.

Ao longo dos nove meses, as grávidas experienciam um período emocional com altos e baixos, numa dimensão e intensidade muito maior do que o habitual no seu dia-a-dia (Camarneiro, 1998). A mulher tem não só que encaixar na sua vida, o novo ser, que está a crescer dentro de si, mas também um conjunto de novas emoções, medos e angústias, que até então não se colocavam (Leitão, 1998).

A vivência da gravidez apresenta-se cada vez mais exigente e, embora a maioria das mulheres consiga fazer essa transição sem grandes dificuldades e até com sentimento de realização, um número significativo nem sempre o consegue de forma construtiva, sendo por isso, merecedoras de atenção especial (Bennett et al., 2007; Correia, 1998; Daly, 2003; Leitão, 1998; Oliveira, 2006).

Quando a mulher vive uma gravidez de risco, com patologia associada, em que existe um factor materno ou fetal que afecte adversamente o resultado da gravidez e possa fazer perigar a saúde ou a vida do feto, da mãe ou de ambos (Dias et al., 2008; Mattson, 2008; Pedroso, 2001), a crise da gravidez, dita normal, transforma-se numa dupla crise com sobrecarga em termos mentais e emocionais (Leitão, 1998; Murphy & Robbins, 1996; Pereira, 1999).

De facto, se a gestação é, por si mesma, um desafio adaptativo, a gestação de alto risco representa problemas sociais e psicológicos ainda maiores, tanto para as grávidas, como para os profissionais de saúde e ainda, uma vulnerabilidade acrescida na relação precoce pais-criança (Murphy & Robbins, 1996).

Vários autores (Camarneiro, 1998; Dias et al., 2008; Leitão, 1998; Murphy & Robbins, 1996; Pereira, 1999; Sá, 2001) são unânimes em considerar a ocorrência de problemas de saúde e complicações na gravidez, como uma causa de enorme carga emocional e de vulnerabilidade acrescida na vivência da gravidez. Estas grávidas referem menos bem-estar, menos saúde física, maior preocupação com a saúde, pelo receio de aparecimento de outras complicações, bem como, uma menor experiência positiva da gravidez (Sjogren et al., 1994 citados por Pereira, 1999). Também diversos estudos efectuados na área comprovam a existência de níveis mais elevados de ansiedade, preocupação e stress em grávidas com complica-

ções obstétricas (Camarneiro, 1998; Dias et al., 2008; McDonald, 1968 citado por Maia, 1995; Pereira, 1999; Sá, 2001) e ainda, um menor auto-conceito (Gupton et al., 2001 e Kemp & Page, 1987 citados por Dias et al., 2008; Gallar, 1998 e Gla-geaud-Freudenthal, 1994 citados por Pereira, 1999).

Dias et al. (2008) referem que as poucas investigações sobre as dificuldades psicológicas na gravidez de risco e o seu reflexo na auto-estima das mulheres, têm evidente que o rótulo de *gravidez de alto risco* por si só, pode afectar o estado psicossocial da mulher.

Quando a patologia médica da gravidez surge associada a períodos de internamento hospitalar, a existência de um sólido suporte familiar e social é fundamental como fonte de segurança e para o equilíbrio emocional da grávida (Pereira, 1999).

De facto, a saúde tem em sua base o suporte social e a qualidade da relação do indivíduo com o seu meio. No contexto da sociedade ocidental, Nelas (2004) reforça que a não existência de um suporte familiar e social adequado durante a gravidez, capaz de criar e construir laços afectivos e sociais que favoreçam a própria adaptação da mulher a esta mudança na sua vida, pode resultar em consequências nem sempre favoráveis, em termos de saúde mental.

O apoio por parte dos sistemas onde o indivíduo se insere e se move, é descrito por diversos autores como um factor protector muito eficaz face a acontecimentos stressantes, adversidades, situações de risco ou de grande mudança na vida, contribuindo em caso de gravidez, para uma maior qualidade materno-fetal (Canavarro, 2001; Conde & Figueiredo, 2003).

METODOLOGIA

Face ao problema identificado e à contextualização teórica apresentada, realizou-se um estudo quantitativo, transversal, descritivo-correlacional e analítico, orientado para a consecução dos seguintes objectivos:

- Comparar o auto-conceito da grávida com e sem patologia obstétrica;
- Analisar a influência de variáveis psicossociais no auto-conceito da grávida.

Para o efeito utilizou-se um questionário destinado à identificação de dados socio-demográficos da grávida, nomeadamente idade, habilitações literárias, profissão, exercício da actividade profissional, local de residência e situação conjugal; de dados socio-demográficos do pai do bebé (idade, profissão e habilitações literárias) e de dados obstétricos, como paridade, número de gestações anteriores, idade gestacional, patologia associada, tempo e tipo de patologia, planeamento da gravidez pela mulher e pelo pai do bebé, apoio sentido na gravidez e fonte desse apoio. Recorreu-se ao Inventário Clínico de Auto-Conceito de Vaz Serra (1986a) para determinar o auto-conceito da grávida; à Escala Instrumental e Expressiva de Suporte Social de Paixão e Oliveira (1996) para avaliar o nível de suporte social percebido pela grávida;

sendo a reactividade emocional objecto de avaliação através da Escala de Avaliação de Emoções de Moura-Ramos, Pedrosa e Canavarro (2005).

O estudo foi realizado com dois grupos de grávidas: um constituído por 104 grávidas com patologia obstétrica e o outro, por 115 grávidas sem patologia associada, que constituiu o grupo de controlo.

A escolha dos elementos da amostra foi feita no período compreendido entre Outubro de 2008 e Fevereiro de 2009, nas Consultas Externas e na Unidade de Medicina Materno-Fetal de uma Maternidade da região centro. A amostragem utilizada foi do tipo não probabilística, accidental, por acessibilidade dos elementos, após parecer favorável dos elementos ao estudo.

Para uma maior homogeneidade da amostra, definiram-se alguns critérios de inclusão:

- Grávidas, conscientes e orientadas, sem problemas que afectem a capacidade cognitiva ou a expressão oral e que falem a língua portuguesa;
- Voluntariedade no estudo;
- Compreenderem e assinarem o documento de Consentimento Informado facultado.

Foram critérios de exclusão, situações de gravidez na adolescência, de gravidez gemelar, casos de toxicodependência e todos os diagnósticos de patologia que não fossem de natureza orgânica.

RESULTADOS

Relativamente aos factores socio-demográficos, as grávidas com patologia obstétrica apresentam idades entre os 20 e os 46 anos, enquanto para o grupo das grávidas sem patologia, a idade mínima e máxima são, respectivamente, 20 e 43 anos. A média de idades da amostra total é 31,12 anos, sendo que a maioria das grávidas (34,2%) apresenta idades entre os 20 e os 28 anos.

No que se refere às habilitações literárias, trata-se de um grupo com elevada escolaridade (60,3% possui 12 ou mais anos de estudo) e com profissões qualificadas. A maior percentagem das inquiridas pertence à classe profissional de pessoal dos serviços e vendedores, seguida pelas profissões intelectuais e científicas e pelas técnicas e profissionais de nível intermédio. 77,6% estão empregadas, enquanto, 17,4% da amostra total são desempregadas/domésticas.

A maioria das grávidas com patologia (56,7%) reside no meio rural, enquanto 53,0% das grávidas sem patologia têm como local de residência, a cidade. A maioria das grávidas referiu ser casada/junta (90,4%) e coabitar com o marido/companheiro (94,1%) da amostra total.

Relativamente ao pai do bebé, cujo apoio no decorrer da gravidez, é mais importante que nunca, têm na amostra em estudo, idades compreendidas entre os 20 e os 46 anos, sendo a média de 32,80 anos. No que se refere à escolaridade, o grupo com instrução secundária ou equivalente incompleta é o mais prevalente (34,7%), sendo que uma percentagem significativa da amostra (25,1%) apresenta pelo menos

12 anos de escolaridade, enquanto 22,8% revelam alguma iliteracia, já que possuem apenas instrução primária completa/ ensino. A maioria dos pais insere-se na categoria profissional operários, artífices e trabalhadores similares (33,8%) e 19,6% são classificados como técnicos e profissionais de nível intermédio.

Relativamente aos factores obstétricos, 54,8% da amostra total e 61,5% das grávidas com patologia obstétrica são multigestas, enquanto nas grávidas sem patologia associada, 51,3% são primigestas. De entre as multigestas inquiridas, o maior valor percentual recai nas que se encontram na segunda gravidez (60,0%).

Na altura da recolha de informação, o grupo das grávidas com patologia apresentava uma idade gestacional mínima de 6 semanas e uma máxima de 40, sendo a média de 26,71 semanas. O grupo das grávidas sem diagnóstico de patologia, tal como a amostra total, abrange idades gestacionais entre as 2 e as 42 semanas.

Agrupando por trimestres as semanas gestacionais, verificamos que 59,8% da amostra se encontra no terceiro trimestre, 56,7% das grávidas com patologia e 62,6% das grávidas sem patologia.

Ainda no âmbito das variáveis obstétricas, procurámos saber se a gravidez em curso tinha sido planeada ou não. A maioria da amostra (70,3%) deu uma resposta afirmativa à questão, verificando-se o mesmo no grupo das grávidas com patologia (66,3%) e sem patologia (73,9%). Contudo, 29,7% da amostra total referiu que a gravidez ocorreu sem qualquer planeamento.

Apesar das percentagens anteriores, apenas 4 grávidas, duas com patologia e duas sem patologia, indicaram aceitar negativamente a gravidez.

Acerca da aceitação da gravidez pelo pai do bebé, verificámos que todos os pais tinham conhecimento da gravidez, tendo 99,5% aceitado positivamente a mesma. Só um dos pais (1,0%), pertencente ao grupo das grávidas com patologia apresenta reacção diferente, não tendo recebido a gravidez da sua companheira de forma positiva.

A quase totalidade das grávidas (99,1%) referiu sentir-se apoiada no decorrer da gravidez, particularmente pelo companheiro/marido, escolhido por 91,2% da amostra total. Os familiares com 47,5% e a mãe, escolhida por 44,2% das grávidas, são também os familiares de referência no apoio na gravidez.

Atendendo às 104 grávidas com patologia obstétrica, a patologia mais frequente é a diabetes (31,7%) e a hipertensão arterial (22,1%). Em 54,8% das grávidas a patologia foi detectada antes de engravidar, enquanto em 45,2%

a patologia foi diagnosticada no decorrer da gravidez.

Numa investigação em que a variável em questão se refere ao auto-conceito, pareceu pertinente estudar as variáveis psicossociais, isto é, a percepção do suporte social e a reactividade emocional dos grupos em análise.

O suporte social variou, para a totalidade da amostra, entre 45 e 136, sendo o valor médio obtido de 100,89, o que se situa um pouco acima do valor encontrado pelos autores da escala da versão portuguesa (93,90). Em cada um dos factores, encontramos o valor mínimo (3) no suporte financeiro e no suporte prático e o valor máximo (40), na dimensão suporte emocional. A maior percentagem de grávidas apresenta baixa percepção do suporte prático e financeiro e elevada percepção do suporte emocional. Comparando os valores médios da percepção subjectiva que as grávidas com e sem patologia têm do suporte social, verificamos que estes são praticamente idênticos: 100,89 e 100,88, respectivamente.

No âmbito das emoções, a emoção predominante na amostra total é a felicidade, com uma média de 74,78 e a ansiedade, com uma média de 39,96. As emoções menos predominantes são a cólera e a tristeza.

Confrontando os valores médios das emoções, as grávidas sem patologia parecem mais felizes que as que têm diagnóstico de doença, mas menos ansiosas, menos surpreendidas, com menos medo, cólera e tristeza e com menos sentimento de culpa, o que corresponde às expectativas de emoções menos positivas inerentes ao diagnóstico de patologia obstétrica.

As estatísticas do auto-conceito variam entre 50 e 96, para a totalidade da amostra, sendo o valor médio obtido de 76,03. Comparando os valores médios, o conceito pessoal das grávidas sem patologia (76,59) é ligeiramente superior ao das grávidas com diagnóstico clínico associado (75,41), o que corresponde às expectativas de um melhor conceito pessoal nas grávidas cuja gestação não tem associado diagnóstico de patologia.

Para verificar se o auto-conceito da grávida é influenciado pela existência ou não de patologia obstétrica recorremos ao teste paramétrico *t* de Student para amostras independentes. Embora as grávidas sem patologia apresentem melhores valores médios, como se observa na Tabela 1, não se comprova que exista significância estatística ($p > 0,05$), pelo que não se comprova a hipótese de que as grávidas sem diagnós-

Tabela 1 – Teste *t* de Student para diferença de médias entre auto-conceito e patologia

PATOLOGIA	COM PATOLOGIA		SEM PATOLOGIA		LEVENE'S SIG.	<i>t</i>	ρ	$\eta^2\%$
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO				
AUTO-CONCEITO								
ACEITAÇÃO SOCIAL	18,05	2,79	18,57	2,53	0,401	-1,439	0,152	0,94
AUTO-EFICÁCIA	22,46	3,40	22,93	3,03	0,487	-1,080	0,281	0,53
MATURIDADE PSICOLÓGICA	15,24	2,48	15,16	2,09	0,285	0,271	0,786	0,03
IMPULSIVIDADE/ACTIVIDADE	11,56	1,94	11,59	1,82	0,218	-0,132	0,895	0,00
AUTO-CONCEITO TOTAL	75,41	8,93	76,59	8,04	0,429	-1,027	0,306	0,49

tico de patologia obstétrica possuem melhor auto-conceito que as grávidas com patologia obstétrica.

As análises de regressões múltiplas efectuadas para estudar a relação do auto-conceito, com o suporte social e com as emoções, de um modo geral comprovam que o suporte total, o suporte prático, o suporte emocional, a felicidade, a culpa e o medo se constituem como preditoras das várias dimensões do auto-conceito.

Note-se que as variáveis associadas positivamente com o auto-conceito são o suporte social total e a felicidade, verificando-se uma relação inversa significativa com o suporte prático, o suporte emocional, a culpa e o medo. Como síntese dos resultados obtidos com as regressões múltiplas efectuadas para a amostra, apresentamos a Figura 1 que se reporta às variáveis preditoras do auto-conceito.

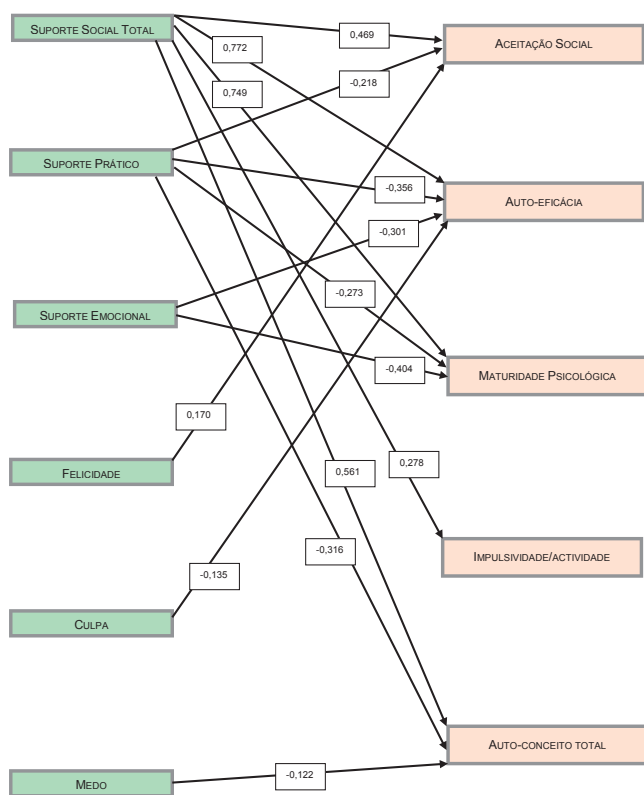


Figura 1 – Síntese das relações entre auto-conceito e variáveis independentes

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao testar a primeira hipótese verificámos que a patologia obstétrica não tem influência no auto-conceito da grávida, contrariamente ao que seria de esperar. De facto, aceita-se que numa gravidez de risco todos os processos se apresentam mais complicados (Camarneiro, 1998), havendo uma sobrecarga emotiva, com intensificação das alterações emocionais normais da gestação (Leitão, 1998; Murphy & Robbins, 1996).

Assim, a justificar os resultados obtidos, temos a forma como a própria mulher interioriza a gravidez e vivencia as alterações decorrentes (Leitão, 1998; Rato, 1998).

Para algumas mulheres, o seu desejo de ser mãe é tão grande, que independentemente de existir ou não diagnóstico de patologia, a gravidez é encarada com naturalidade, com orgulho e como um período particularmente importante nas suas vidas, de bem-estar e satisfação, que por si só lhes aumenta a auto-estima (Colman & Colman, 1994; Rato, 1998).

Pedroso (2001) reforça que algumas mulheres adultas só se sentem confortáveis quando grávidas, pois só assim se sentem completas e verdadeiramente mulheres. Também Sousa e Ferreira (2005) citados por Dias et al. (2008) referem que as mulheres que não são mães possuem uma menor auto-estima, por se sentirem mais desvalorizadas, quando comparadas às mulheres mães. Assim, o simples facto de estar grávida pode contribuir positivamente para a auto-estima da mulher.

Dias et al. (2008) no seu estudo sobre a auto-estima na grávida com e sem diagnóstico de risco, verificou que as grávidas com a condição gestacional de alto risco apresentam melhor auto-estima do que as de baixo risco, não tendo encontrado diferença significativa entre gestantes hospitalizadas e não hospitalizadas. Os autores concluem que a gravidez de alto risco, por si só, não implica baixa auto-estima nas mulheres e acrescentam que a ênfase que se dá à patologia na auto-estima da grávida é superior à que realmente se verifica.

Por sua vez, atendendo a que a maior percentagem de grávidas com patologia, apresenta uma condição pré-existente que a coloca em risco durante a gestação, podemos considerar, como referem Murphy e Robbins (1996), que existe já uma importante história de adaptação à doença, que dessa forma, interfere em menor grau com o conceito pessoal da mulher e com a forma como a gravidez é vivida.

Segundo Pereira (1999), engravidar quando se possui um diagnóstico de patologia pré-existente, pode inclusivamente justificar uma melhoria na auto-estima da mulher, já que representa que também se é capaz de engravidar.

Claro que a forma como a mulher vive a gravidez com diagnóstico de patologia associado, vai depender de inúmeros factores como a sua personalidade, a sua experiência de vida e a avaliação cognitiva que faz da situação (Leitão, 1998; Maldonado, 2002; Pereira, 1999; Sá, 2001), aspectos que não foram avaliados no estudo.

Há também a questão de não se conhecer o auto-conceito das mulheres antes da gravidez, o que não permite avaliar se a mulher já possuía um conceito pessoal prévio baixo ou alto.

Uma outra justificação plausível face à não confirmação da hipótese das grávidas com patologia associada apresentarem pior auto-conceito pode ser a confiança sentida na equipa de saúde que a acompanha (Pereira, 1999).

Na realidade, o crescente investimento na vigilância pré-natal por parte das instituições de saúde, particularmente nos casos considerados de risco, ao traduzir-se num maior apoio e cuidado sentido pela grávida e casal, pode resultar numa maior segurança em si mesma, numa menor ansie-

dade relativamente ao seu problema de saúde e à saúde do bebé e logo, numa adequada vivência da gravidez.

Esperávamos também que as grávidas sem patologia tivessem uma percepção de suporte social significativamente superior às grávidas com patologia, o que não se verificou. A justificar os resultados, pode estar o próprio apoio das redes sociais fornecido em maior escala em função do diagnóstico de patologia associado à gravidez. Esse diagnóstico pode sensibilizar as pessoas do meio para apoiarem mais a futura mãe, apoio esse que efectivamente é sentido como tal pela grávida com patologia, apresentando por isso um elevado valor de suporte social percebido.

Este estudo permitiu ainda verificar que, de um modo geral, o suporte social e algumas emoções influenciam as várias dimensões do auto-conceito, o que de acordo com a bibliografia consultada seria de esperar.

Igualmente, constatamos que a uma maior felicidade corresponde um melhor auto-conceito. Pedroso (2001) permite justificar este resultado, ao dizer que os indivíduos mais felizes e mais eficientes na resposta às exigências do meio são os que possuem auto-estima mais elevada.

Pelo contrário, aceita-se que a um maior sentimento de culpa ou medo, corresponde um menor auto-conceito, como verificámos na investigação.

Das análises de regressões múltiplas realizadas, constatamos a existência de uma relação directa do suporte social total com o auto-conceito e suas dimensões. Mais surpreendente foi ter-se verificado uma relação inversa entre as diferentes dimensões do auto-conceito e o suporte prático e emocional, contrariamente às conclusões obtidas em estudos anteriores.

A expectativa para o presente estudo seria que um maior suporte social, independentemente da dimensão, fosse preditivo de um melhor conceito pessoal e não o oposto, como verificamos no suporte prático e emocional. Uma possível justificação prende-se com os custos e benefícios que o apoio e as relações interpessoais acarretam (Pombo, 2002).

De facto, há que ter consciência que os efeitos negativos do suporte social são uma realidade na forma como o indivíduo desempenha as suas tarefas e naquilo que sente em relação a si mesmo (Oliveira, 1998). Tal como um apoio insuficiente tem efeitos negativos, o mesmo se verifica com o excesso de suporte (Azevedo, 2000), de onde inclusivamente, podem surgir relações de dependência e até uma auto-imagem negativa (Pestana, 2005).

Pereira (1999) considera que a família e os amigos têm um papel essencial no apoio, podendo no entanto, em situações limite tornar-se mais desorganizadores.

Oliveira (1998) acrescenta que o apoio social para ter resultados benéficos e fomentar sentimentos de bem-estar, estima e gratidão, tem de ser percebido e sentido como tal pelo receptor do suporte, isto é, sentido como uma preocupação genuína e verdadeira e não como uma atitude de indiferença ou de obrigação.

Sarason et al. (1983) acrescenta que o grau de satisfação

com o suporte social relaciona-se com a percepção de que existe um número suficiente de pessoas disponíveis com quem contar se necessário, mas também com o agrado face à personalidade de cada indivíduo.

Para Pais Ribeiro (1999) aspectos distintos do suporte social têm diferente impacto nos indivíduos ou grupos.

Também Azevedo (2000) defende não ser fácil prever as características ideais de uma rede social, para que esta seja facilitadora e provedora de um adequado nível de suporte. Tal depende de múltiplas variáveis, como por exemplo, os sujeitos, os seus traços de personalidade, as necessidades de apoio, a natureza das relações, as motivações e expectativas, bem como as condições de vida e o tipo de situação (Oliveira, 1998; Pestana, 2005).

CONCLUSÃO

Se as exigências do período gravídico são enormes, as suas vivências são ainda mais complexas, pelo que, é fundamental compreender a história de vida da grávida, a sua personalidade, o significado que dá aos acontecimentos e os palcos sociais em que se movimenta, para que se consigam compreender os aspectos psicológicos essenciais da gravidez, bem como a forma como a grávida se vê a si própria, se adapta e reage (Leitão, 1998; Maldonado, 2002; Pereira, 1999; Sá, 2001).

Na interpretação dos resultados obtidos tivemos presente que cada mulher é detentora de uma personalidade única e de uma forma singular de viver a gravidez e se adaptar ao turbilhão de alterações decorrentes.

Por isso, parece-nos pertinente continuar as investigações sobre o auto-conceito da grávida com e sem patologia e estudar outros aspectos importantes, que não incluímos no presente trabalho, como a personalidade da grávida, o auto-conceito prévio, o significado pessoal da gravidez e da patologia e ainda, a satisfação com os cuidados de saúde e com a vigilância da gravidez.

Defendemos neste estudo a importância do suporte social durante a gravidez, uma vez que a mulher fica mais dependente da ajuda, da atenção e da aceitação por parte dos outros. De facto, um apoio insuficiente ou inexistente durante a gravidez dificulta a adaptação da mulher às mudanças que ocorrem nesse período. Porém, um tipo de apoio inadequado face às expectativas e às necessidades pode tornar-se igualmente nocivo e desorganizador. Acrescentamos ainda a noção de que um apoio sentido como excessivo pode causar mais prejuízos do que benefícios, originando relações de dependência, com consequências negativas no auto-conceito da grávida. As justificações encontradas prendem-se não apenas com as expectativas e as necessidades de suporte, mas também com o grau de satisfação face ao suporte disponível e efectivamente recebido, em termos de eficácia e qualidade. Embora a presença de um adequado suporte familiar seja fundamental no decorrer da gravidez, é importante não esquecermos que a grávida e o casal precisam de espaço para se fecharem sobre si mesmos e so-

bre o seu bebé, reestruturando papéis, identidades e estabelecendo um novo equilíbrio.

Relativamente ao diagnóstico de patologia na gravidez, apesar de não termos encontrado diferenças estatisticamente significativas ao nível do auto-conceito, o que significa que a patologia não implica, por si só, um baixo auto-conceito, aceitamos em unanimidade com a bibliografia consultada, que esta é motivo de grande carga emocional na mulher, daí a importância de um adequado suporte para o seu equilíbrio emocional. Consideramos a possibilidade de ser a satisfação com a própria gravidez, o principal factor responsável pelo adequado conceito pessoal da grávida com patologia, mas também o processo de adaptação à doença e à gestação, a satisfação com os cuidados de saúde e a confiança nos profissionais que acompanham e vigiam a sua gravidez. Estando conscientes do muito que há por explorar nesta área, deixamos a sugestão para que outros profissionais, inspirados nestes resultados, desenvolvam e aprofundem estudos dentro desta temática.

Estando o baixo auto-conceito associado a situações de ansiedade e de depressão (Dias et al., 2008), o estudo desta variável na grávida faz pois todo o sentido como forma de desenvolver estratégias de prevenção de perturbações emocionais, nomeadamente da depressão pós-parto.

Além disso, a auto-eficácia, uma das dimensões do auto-conceito, referindo-se à capacidade do indivíduo para desempenhar tarefas e resolver problemas, torna-se particularmente importante na grávida, que deve sentir-se confiante e capaz de cuidar do seu filho.

Acima de tudo, pretendemos que este estudo represente um alerta para a necessidade do profissional de saúde materna e obstetrícia ser um ponto de suporte para a gestante e sua família, bem como, estar desperto para a auto-estima da grávida, de forma a desenvolverem estratégias atempadas e adequadas, que previnam perturbações e desequilíbrios emocionais e promovam uma adequada adaptação, uma vivência saudável da gravidez e cuidados de qualidade ao bebé que se avizinha. Só o desenvolvimento de esforços conjuntos numa perspectiva pessoal de formação permanente e numa perspectiva global de prevenção na prática tornam possíveis ganhos em saúde e a melhoria dos cuidados prestados à grávida, casal e família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azevedo, C. F. (2000). *A influência do suporte na prevenção da recaída em heroín dependentes em tratamento*. Dissertação de Mestrado em Toxicodependência e Patologias Psicossociais não publicada, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra.
- Bennett, H. A., Boon, H. S., Romans, S. E. & Grootendorst, P. (2007). Becoming the best mom that I can: women's experiences of managing depression during pregnancy – a qualitative study. *BMC Women's Health* 7 (13), 1-14. doi: 10.1186/1472-6874-7-13. Acedido em 3, Dezembro, 2009, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2048943/pdf/1472-6874-7-13.pdf>.
- Bolander, V. R. (1998). *Abordagem Psicofisiológica, Enfermagem Fundamental* (1.ª ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Brazelton, T. B. (1994). *Tornar-se família. O crescimento da vinculação antes*

e depois do nascimento. Lisboa: Terramar.

- Camarneiro, A. P. F. (1998). *A Gravidez de risco e o desenvolvimento do bebé*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica do Desenvolvimento não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (2.ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Colman, L. L. & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Conde, A. & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na Gravidez: Factores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Psiquiatria Clínica*, 24 (3), 197-205.
- Correia, M. J. (1998). Um filho, ter ou não ter: o caso de Isabel. *Análise Psicológica*, XVI (3), 365-371.
- Daly, M. (2003). The role of the self-concept as a moderator of psychological wellbeing in the transition to motherhood. *Australian Journal of Psychology – Supplement* 2003. Acedido em 23, Novembro, 2009, em http://content.ebscohost.com/pdf19_22/pdf/2003/AJP/02Aug03/11892707.pdf?T=P&P=AN&K=11892707&EbscoContent=dGJyMMvI7ESeqLE4zOX0OLCmrlGep69Ssay4TK6WxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkiuqLdluePfgexx%2BEu3q64A&D=a9h.
- Dias, M. S., Silva, R. A., Souza, L. D. M., Lima, R. C., Pinheiro, R. T. & Moraes, I. G. S. (2008). Auto-estima e factores associados em gestantes da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (12). doi 10.1590/S0102-311X2008001200007. Acedido em 24, Fevereiro, 2009, em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001200007.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Hocking, K. L. (2007). Artistic narratives of self-concept during pregnancy. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 163-178. doi 10.1016/j.aip.2007.01.003. Acedido em 23, Novembro, 2009, em http://www.sciencedirect.com/science?ob=Mimg&imagekey=B6V9J4MXJ3R9F&_cdi=5900&user=2465353&_orig=search&_coverDate=12%2F31%2F2007&_sk=999659997&view=c&wchp=dGLzVtzzskWA&md5=c51ce7c098044da7cc42a5c0c6d4ba7b&ie=/sdarticle.pdf.
- Lopes, R. C. C. (2006). O auto-conceito revisitado. *Psychologica*, 41, 317-327.
- Leitão, M. L. H. (1998). *A Gravidez de Alto Risco Genético: contributo para a compreensão dos fenómenos psicológicos envolvidos*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica do Desenvolvimento não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Maia, M. C. S. (1995). *Acontecimentos de vida e prematuridade*. Tese de Mestrado em Desarrollo e Intervención Psicológica não publicada, Universidade de Extremadura, Badajoz.
- Mattson, S. (2008). Avaliação dos factores de risco. Em I. Bobak, D. Lowdermilk & M. Jensen (Eds.), *Enfermagem na Maternidade* (pp. 557-559). Lisboa: Lusociência, 2008.
- Meireles, A. & Costa, M. E. (2003). *A vivência do corpo e a relação mãe-bebé na gravidez*. Acedido em 16, Novembro, 2009, em http://sigarra.up.pt/fpceup/pubs_web.show_pu_bf_file?p_id=37061.
- Murphy, J. M. & Robbins, D. (1996). Implicações Psicossociais da Gestação de Alto Risco. Em R. Knuppel & J. Drukker (Eds.), *Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar* (pp. 203-209). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Nelas, P. B. (2004). *Suporte social na gravidez: estudo comparativo entre grávidas adolescentes e adultas*. Tese de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde não publicada, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra.
- Oliveira, R. (1998). *Do vínculo ao suporte social: aspectos psicodinâmicos em sujeitos com deficiências físicas adquiridas*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Oliveira, A. M. (2002). *O auto-conceito no doente psoriático adulto em internamento*. Tese de Mestrado em Toxicodependência e Patologias Psi-

- cossociais não publicada, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra.
- Oliveira, O. F. (2006). *Estudo da Ansiedade da Mulher Grávida em relação ao Parto*. Tese de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde não publicada, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra.
- Pais Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, XVII (3), 547-558.
- Pedroso, R. C. J. (2001). *A auto-estima na grávida adolescente*. Tese de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde não publicada, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra.
- Pereira, M. J. S. (1999). *Diabetes Gestacional: aspectos psicológicos*. Tese de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Pestana, N. A. (2005). *A morte e os idosos: estudo sobre a ansiedade face à morte e o suporte social percebido, numa população de idosos*. Dissertação de Mestrado em Aconselhamento Dinâmico, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra.
- Pete-McGadney, J. (1995). *Differences in adolescent self-concept as a function of race, geographic location, and pregnancy*. Acedido em 23, Novembro, 2009, em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=1&hid=2&sid=8f63e077-305b-47fe-adf1-aac6ff1bb4f3%40sessionmgr11&bdata=JnNpdGU9ZWVhc3 QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#db=a9h&AN= 9505150286>.
- Pombo, C. A. S. (2002). *Suporte social em adolescentes consumidores e não consumidores de substâncias psicoactivas: estudo comparativo*. Dissertação de Mestrado em Toxicod dependências e Patologias Psicossociais não publicada, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez, a história interior*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Rato, P. I. (1998). Ansiedade perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. *Análise Psicológica*, XVI (3), 405-413.
- Relvas, A. P. (2000). *O Ciclo vital da família: Perspectiva sistémica* (2.ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Sá, M. C. A. (2001). *Gravidez e Pós-Parto: Experiências vivenciadas pela mulher*. Tese de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde não publicada, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra.
- Sarason, I. G., Levin, H. M., Basham, R. B. & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127-139. Acedido em 23, Novembro, 2009, em <http://web.psych.washington.edu/research/sarason/files/SocialSupportQuestionnaire.pdf>.
- Silva, A. C. R. (2007). *Vinculação e auto-conceito na maternidade: estudo comparativo entre mães toxicod dependentes e mães não toxicod dependentes*. Trabalho de Investigação de Licenciatura em Psicologia não publicado, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra.
- Vaz Serra, A. (1986a). O «Inventário Clínico de Auto-Conceito». *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 67-84.
- Vaz Serra, A. (1986b). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 57-66.
- Vaz Serra, A., Firmino, H. & Matos, A. P. (1987). Influência das relações pais/filhos no auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 8 (3), 137-141.