

Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto (*)

ANA CONDE (**)

BÁRBARA FIGUEIREDO (***)

INTRODUÇÃO

A transição para a parentalidade é pautada pela mudança a diversos níveis, exigindo um processo de adaptação árduo e onde importa cumprir um conjunto de tarefas de desenvolvimento. De facto, a futura mãe e o futuro pai terão de ajustar-se a uma variedade de transformações que ocorrem tanto no seu próprio corpo, como em resultado de situações ocorridas ao longo do período de gestação ou no parto ou de expectativas relativas aos novos papéis que se geram com a gravidez e em torno do bebé, as quais implicarão uma obrigatória reestruturação na rede de relações conjugais, familiares e sociais (Figueiredo, 2001). Levar a bom termo todas estas tarefas dependerá de

uma variedade de factores, que se podem agrupar em aspectos relativos ao indivíduo, ao bebé e ao meio (familiar, social e cultural).

Embora os resultados das investigações publicadas a partir dos anos 80 indiquem, invariavelmente, o aumento da sintomatologia ansiosa no período gravídico (e.g. Jinadu, & Daramola, 1990; Altshuler, Hendrick, & Cohen, 2000; Andersson, Sundström-Poromaa, Bixo, Wulff, Bondestam, & Aström, 2003; Ross, Evans, Sellers, & Romach, 2003; Halbreich, 2004; Heron, O'Connor, Evans, Golding, & Glover, 2004), mostrando que esta condição psicológica é mais comum na gravidez do que no pós-parto (Elliot, Rugg, Watson, & Brough, 1983; Jinadu, & Daramola, 1990), não determinam nem especificam as condições de vida que se associam e podem justificar este acréscimo de ansiedade. Interessados nesta questão, Ross e colaboradores (2003) sugerem a necessidade de desenvolver medidas de ansiedade mais específicas, validadas, de forma particular, para populações perinatais, as quais permitirão compreender melhor os motivos que levam os pais a estarem ansiosos durante uma das fases mais desafiantes das suas vidas. Este empreendimento poderá ter importantes implicações nos processos de avaliação, diagnóstico e intervenção definidos para este período, uma vez que permitirá diferenciar os comportamentos que

(*) Este estudo foi desenvolvido na Consulta Externa de Ginecologia/Obstetrícia da Maternidade de Júlio Dinis (Porto) e financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia, no âmbito do projecto SFRH/BD/13768/2003.

(**) Doutoranda em Psicologia Clínica. Investigadora no Departamento de Psicologia da Universidade do Minho, Braga.

(***) Departamento de Psicologia, Universidade do Minho, Braga.

podem ser enquadrados dentro da amplitude normal, daqueles que requerem um seguimento clínico especializado.

O reconhecimento que tem existido, ao longo do tempo, da natureza multidimensional da ansiedade durante a gravidez levou a reformular o desenho metodológico dos estudos. Costa, Larouche, Dritsa e Brender (1999), por exemplo, encontraram diferenças significativas ao longo da gestação em três componentes da ansiedade, as quais discriminam: a experiência de luta ou discussão, a ansiedade relativa à gravidez (frequentemente conceptualizada como os medos que a mulher tem relativamente à gestação e ao parto, à sua própria saúde e à saúde do bebé) e a ansiedade estado (vista como uma resposta emocional a stressores do meio). Contrariamente ao que acontecia com as restantes componentes da ansiedade, os autores constataram que a dimensão de discussão/luta se mantinha estável durante a gravidez. A ansiedade estado apresentava-se mais elevada durante o terceiro trimestre, comparativamente ao que acontecia no primeiro e no segundo. Por último, um padrão de resultados em forma de U emerge para a ansiedade específica da gravidez, com resultados mais baixos no segundo trimestre. Os diferentes padrões obtidos para cada um dos aspectos analisados sugerem, segundo os autores, aspectos distintos da experiência de stress durante a gravidez e apoiam a necessidade de inclusão de várias medidas de ansiedade, que captem mais profundamente o estado emocional da mulher durante este período.

O estudo da variação temporal da sintomatologia ansiosa (e depressiva), durante a gravidez e os primeiros meses do puerpério, foi também objecto das investigações que analisaram a prevalência da ansiedade na transição para a parentalidade. Astbury (1980), ao estudar a situação de parto, procura demonstrar a perspectiva segundo a qual o nascimento pode ser visto como um período de crise na vida da mulher. Para tal, observa 90 mulheres primíparas e avalia os seus níveis de ansiedade estado e traço, através da escala de Spielberger, no 3.º trimestre de gravidez, durante o parto, e no período de internamento, após o parto. As variações altamente significativas da ansiedade estado, com um nível intermédio no final da gravidez, um pico durante o parto e uma diminuição marcada no pós-parto, vêm dar suporte empírico à teoria que procura testar. Relativamente à ansiedade traço, que a autora supunha vir a manter-se

estável durante a gravidez e no pós-parto, verifica-se uma diminuição entre o primeiro e o terceiro momento de avaliação, o que na sua interpretação resulta de dificuldades das participantes em discriminar entre sentimentos actuais e o modo geral/habitual de sentir. Singh e Saxena (1991), por sua vez, encontraram que os níveis de ansiedade variam ao longo da gravidez, apresentando um aumento desde que a mulher toma conhecimento da gestação, atingindo um pico por volta dos cinco meses, e diminuindo a partir daí. Posteriormente, evidenciam uma nova elevação aos 8-9 meses de gravidez e uma queda imediata após o parto, mantendo-se este declínio até serem atingidos níveis considerados dentro da normalidade 6 meses mais tarde. Podbilewicz-Schuller (1997), de modo idêntico, num estudo prospectivo que envolveu 124 mulheres primíparas, avaliadas durante o 3.º trimestre de gravidez e 2 meses após o parto, verificou que a depressão e a ansiedade diminuem de valores mais elevados na gravidez para o pós-parto e os seus preditores variam ao longo do tempo: enquanto que menos anos de escolaridade e elevado tradicionalismo nos papéis sexuais predizem a ansiedade durante a gravidez, idades mais avançadas e ansiedade durante a gravidez predizem a ansiedade no puerpério.

À semelhança do que acontece com as mães, também os pais exibem um aumento da sintomatologia ansiosa na sequência do ajustamento à parentalidade, a qual sofre um descréscimo da gravidez para o pós-parto (Buist, Morse, & Durkin, 2003).

Ohman, Grunewald e Waldenstrom (2003) procuraram determinar quais as preocupações mais relevantes das mulheres durante a gravidez, hipoteticamente relacionadas com o aumento dos níveis de ansiedade. Para tal, 200 mulheres suecas foram questionadas através de um instrumento criado pelos autores, dando conta que as suas maiores preocupações se relacionavam com a gravidez, centrando-se na saúde do bebé, no parto e na possibilidade de um aborto; só depois se seguiam os problemas financeiros. Uma preocupação adicional, não prevista pelos autores, dizia respeito aos serviços de saúde (isto é, questões como a sobrelotação do hospital ou o facto da equipa médica ter muito trabalho). Poucas mulheres se preocupavam com a sua relação com o parceiro ou se este iria estar presente no momento do parto. Alguns dos itens

mostravam um padrão de menor preocupação durante o período intermédio de gravidez.

Pacheco, Figueiredo, Costa e Pais (2005) realizaram um estudo com o objectivo de perceber o modo como as mulheres antecipavam, ao longo da gravidez, diversos aspectos da experiência de parto. Os resultados obtidos indicam que, no 2.º trimestre de gravidez, a generalidade das grávidas planeia e antecipa suporte por parte de pessoas significativas na altura do parto, tem uma visão positiva das suas competências maternas e está moderadamente preocupada com o seu próprio bem-estar e o do bebé. A maioria antevê, contudo, uma experiência de parto dolorosa, dividindo-se estas previsões entre o medo e a confiança e controlo. A comparação entre o 2.º e o 3.º trimestre de gravidez revela que, no 3.º trimestre a mãe tem níveis superiores de planeamento e conhecimento e está mais focada no parto, embora antecipe como mais doloroso, preveja menor confiança, controlo e mais medo e se preocupe mais com possíveis consequências negativas do parto no seu bem-estar e no do bebé, comparativamente ao que acontece no 2.º trimestre.

Investigações mostram que diferentes fontes de stress têm diferentes tipos de impacto, nomeadamente, no modo como as mães experienciam o parto. Assim, Costa, Pacheco e Figueiredo (2007) analisaram as relações entre o modo como as mulheres antecipam e como efectivamente vivenciam a experiência de parto: embora as expectativas prévias das grávidas sejam confirmadas no que diz respeito às condições da instituição e aos cuidados dos profissionais de saúde, o trabalho de parto e parto decorrem, geralmente, pior do que o previsto, particularmente no que respeita à dor. Por outro lado, as mulheres que fazem uma pior antecipação do parto (maiores preocupações com a saúde e com as consequências adversas do parto) são as que vivenciam menor suporte social durante a experiência de parto.

O estudo das mudanças nas preocupações maternas ao longo dos primeiros meses do puerpério foi também objecto de análise (e.g. Hiser, 1987; Lugina, Christensson, Massawe, Nystrom, & Lindmark, 2001). Lugina e colaboradores (2001), num estudo envolvendo 79 mães, observaram, ao longo das primeiras seis semanas do puerpério, uma tendência para o decréscimo das preocupações e um aumento do interesse e da confiança relativamente a aspectos relacionados com o bebé e com o papel parental. A necessidade de informação

acerca de questões gerais de saúde, do comportamento neonatal e dos cuidados a prestar ao bebé aparece como uma inquietação constante neste período. Por último, uma tendência para o aumento das preocupações relativas às relações familiares foi, igualmente, encontrado.

Uma comparação entre as preocupações maternas e paternas no final da gravidez foi efectuada por Matulaitė-Horwood e Bieliauskaitė (2005). Os autores verificaram que o mesmo tipo de preocupações está presente em mulheres e homens nesta fase do processo gravídico, referindo-se aos seguintes aspectos: preparação física e/ou emocional com a chegada de um novo membro à família, parto, antecipação de mudanças de diversa índole no período pós-parto, saúde do bebé no momento e após o parto, sentimentos do companheiro e competência na prestação de cuidados ao bebé. Apesar desta estrutura de preocupações ser comum entre os elementos do casal, o modo como cada um a vivencia é distinta: enquanto que as mães se preocupam mais com a sua competência para lidar com a situação de parto e para cuidar do bebé, com a saúde do recém-nascido (comum ao pai) e com a preparação física e/ou emocional para a chegada do novo membro da família, os pais centram as suas preocupações no desempenho do papel paterno após o nascimento e na situação de parto, relativamente ao modo como prestarão apoio à companheira nesta situação.

Os resultados das investigações anteriormente descritas apresentam-nos a transição para a parentalidade como um período, que exige adaptações de diversa índole. A capacidade dos pais para se adaptarem às mudanças e exigências que sucessivamente se vão impondo afecta a sua saúde física e mental e parece influenciar, de igual forma, a saúde do feto em gestação (Dunkel-Schetter & Lobel, 1998). A compreensão profunda da adaptação psicológica durante este processo e os seus efeitos nos pais, na criança e na família requer a consideração dos muitos factores que afectam a adaptação pré e pós-natal. Uma análise global e integradora dos resultados de várias investigações faz-nos perceber que pode não ser a acção directa das situações de stress que dá origem a diferentes tipos de complicações, mas antes o facto de o stress ser percebido ou não pelo indivíduo como fazendo parte da sua vida (stress crónico) e ele como tendo ou não estratégias capazes para fazer face a situa-

ções adversas. Além disso, alertam-nos para a provável existência de múltiplos aspectos integrados na mesma realidade que é a ansiedade e que, embora interrelacionados, se referem a aspectos distintos da experiência de stress e impedem uma interpretação linear dos dados obtidos (Lobel, DeVincent, Kaminer, & Meyer, 2000).

Comprovado o papel adverso que a sintomatologia ansiosa desempenha, a diversos níveis, muito para além dos nove meses de gestação, nomeadamente, na saúde e bem-estar da mãe (para uma revisão consultar Conde, & Figueiredo, 2003) e na saúde, bem-estar e desenvolvimento da criança (para uma revisão consultar Conde & Figueiredo, 2005), parece-nos justificada a necessidade de encontrar e implementar medidas que possibilitem a redução dos níveis de ansiedade materna durante esta exigente fase, enquanto medida fundamental para garantir a prestação de cuidados adequados à mulher e a diminuição da morbilidade associada a este período de vida. Tais medidas deverão focar-se sobre cada uma das componentes da ansiedade e envolver, de forma, específica, mas articulada, todos os elementos envolvidos no processo em causa.

As limitações metodológicas e as necessidades de estudo apresentadas anteriormente identificam as principais contribuições da investigação que propomos: 1) o facto de abranger uma variedade substancial de situações adversas de vida (baseadas nas categorias definidas para o Eixo IV do Manual de Diagnóstico DSM-IV), procurando explicar qual é a preocupação percebida dos pais relativamente a cada uma delas, durante a transição para a parentalidade; e 2) focar-se, não só na mãe, mas também no pai, frequentemente negligenciado nas investigações desenvolvidas neste domínio.

OBJECTIVOS

O presente estudo, desenvolvido no período de transição para a parentalidade, teve como principais objectivos: 1) estimar a presença e a intensidade das preocupações dos pais (mulheres e homens) com determinados acontecimentos adversos de vida; e 2) determinar a ocorrência de diferenças de género na presença, intensidade e variação das preocupações parentais ao longo da gravidez e puerpério.

MÉTODO

Seleção da Amostra

Cento e vinte e cinco mulheres grávidas e respectivos companheiros (N=250), utentes da Consulta Externa de Ginecologia/Obstetrícia da Maternidade de Júlio Dinis (MJD) entre Outubro de 2004 e Outubro de 2006, foram recrutados durante o 1.º trimestre de gravidez (até às 14 semanas de gestação). A participação no estudo implicou os seguintes critérios de inclusão: 1) saber ler/escrever em português; 2) idade gestacional inferior a 14 semanas à data do primeiro contacto; 3) gravidezes sem qualquer risco médico e/ou obstétrico; e 4) residência em Portugal há mais de um ano, no caso de participantes estrangeiros.

Caracterização da Amostra

Tal como se pode observar no Quadro 1, a maioria dos participantes situava-se na faixa etária compreendida entre os 18 e os 35 anos de idade (♀: mín=15, máx=41, média=27.52, SD=6.11) (♂: mín=13, máximo=48, média=29.17, SD=6.55), era de nacionalidade Portuguesa e de etnia Caucasiana (98%). A grande percentagem da amostra estava casada ou vivia em regime de co-habitação, sendo o agregado familiar constituído maioritariamente pela grávida e respectivo companheiro (e/ou outros filhos do casal). A maior parte dos pais frequentou o ensino secundário (anos de escolaridade: ♀ – mín=4, máx=19, média=10.85, SD=4.24; ♂ – mín=4, máx=19, média=9.83, SD=3.90) e, no momento da realização da entrevista, encontrava-se empregada.

Mais de metade dos participantes vivenciava a sua primeira gravidez (♀=52.9% e ♂=59.6%), a qual não apresentava, no momento de selecção da amostra, qualquer risco médico e/ou obstétrico sinalizado. Todos os companheiros das gestantes foram identificados como sendo os pais do bebé e a quase totalidade das gestações envolveu um feto único (96.6%, comparativamente a 3.4% de gravidezes gemelares).

Na amostra apenas um número muito reduzido de participantes assinala ter tido aconselhamento médico precedente à actual gravidez devido a problemas de fertilidade (♀=5.9% e ♂=2.8%). No caso das mulheres que referiram a existência destes problemas, a grande maioria (42.9%) afirmou que

QUADRO 1
 Caracterização socio-demográfica das mães e pais

Variáveis	Categorias	%	
		♀	♂
<i>Idade (anos)</i>	<18	9.1	2.7
	≥18 e <35	81.0	78.2
	≥35	9.9	19.1
<i>Nacionalidade</i>	Portuguesa	90.9	90.8
	Brasileira/PALOP/Outra	9.1	9.2
<i>Habilitações literárias (anos de escolaridade)</i>	<9	28.9	34.3
	≥9 e ≤12	46.3	50.9
	>12	24.8	14.8
<i>Estatuto profissional</i>	Empregada(o)	71.0	87.0
	Estudante	6.6	2.8
	Desempregada(o)/Doméstica(o)	22.3	10.2
<i>Estatuto matrimonial</i>	Solteira(o)	11.6	10.0
	Casada(o)	62.8	66.1
	Regime de co-habitação	24.8	23.9
	Separada(o)/Divorciada(o)/Viúva(o)	.8	0
<i>Agregado familiar</i>	Só com o companheiro (e outros filhos)	71.9	72.5
	Só com a família	11.6	8.3
	Com a família e a(o) companheira(o)	14.9	14.7
	Outro agregado familiar	1.6	4.6

o acompanhamento se restringiu a um processo de investigação médica. Dos homens que assinalaram a existência de problemas de fertilidade, um apontou a necessidade de tratamento medicamentoso, outro cujo tratamento implicou a fertilização *in vitro* e um terceiro em que o casal teve que se submeter a um processo de inseminação artificial. Relativamente ao historial reprodutivo dos participantes é ainda de acrescentar a ocorrência de abortos anteriores (espontâneo e provocado, respectivamente em 12.4% e 15.7% dos casos, nas mulheres, e em 7.3% e 10.1% das situações, nos homens).

Apenas uma pequena minoria dos pais percebe a existência de problemas físicos (7.6% das mulheres e 16.7% dos homens) e psicológicos (13.6% das mulheres e 10.2% dos homens). Da totalidade dos que assinalam problemas físicos, 4.2% das mulheres e 8.3% dos homens referem a necessi-

dade de tratamento medicamentoso. O mesmo acontece com 2.5% das mulheres e 1.9% dos homens que assinalaram a existência de problemas psicológicos. Nenhuma gestante afirma possuir uma doença sexualmente transmissível, o que acontece apenas no caso de um companheiro. Também na história psiquiátrica dos participantes se encontraram diferenças: 3.3% das gestantes *vs.* 1.9% dos companheiros assinalam admissões prévias numa unidade psiquiátrica (este internamento não se deveu a questões relacionadas com a gravidez e/ou o pós-parto, tanto nas mães quanto nos pais), 21.5% das mulheres *vs.* 17.8% dos homens referem ter tido consultas de psiquiatria (apenas 18.5% das gestantes assinala uma associação entre este acompanhamento e questões relacionadas com a gravidez e/ou pós-parto), 33.1% das mães *vs.* 8.4% dos pais assinalam ter sido acompanhados por um médico de família devido a problemas emocionais (apenas

as mulheres, 15%, assinalam que o acompanhamento foi devido a questões relacionadas com a gravidez e/ou pós-parto) e 42.5% das participantes, comparativamente a 23.4% dos companheiros referem o consumo anterior de psicofármacos (nas mulheres, os psicofármacos foram prescritos pelo médico de família em 24.2% dos casos e pelo psiquiatra em 10.8%; nos homens esta prescrição foi efectuada, na sua maioria, 11.2%, pelo psiquiatra).

O consumo de substâncias é distinto quando se comparam os homens e as mulheres: enquanto que 15.3% das gestantes refere que fuma (cigarros: min=2; máx=20) e 25.4% bebe café (min=1; máx=3) na actual gravidez (nenhuma refere consumir álcool ou substâncias ilícitas), 38.9% dos companheiros refere o consumo de tabaco (cigarros: min=2; máx=50), 26.9% o consumo de álcool (copos: min=2; máx=20), 76.9% o consumo de café (min=1; máx=20) e 2.8% o consumo de substâncias ilícitas (dois participantes referem o consumo diário destas substâncias e um assinala que consome uma vez por semana).

INSTRUMENTOS

Questionário Social e Demográfico

Para a recolha de informações sociais e demográficas foi utilizado um questionário composto por 103 questões abertas, administradas sob a forma de uma entrevista, que são cotadas depois pelo investigador a partir de um conjunto de opções disponíveis. Este questionário destina-se ao levantamento de informações relativas à grávida e companheiro, as quais se agrupam num conjunto de dimensões que envolvem: caracterização socio-demográfica (idade, naturalidade, etnia, religião, estado civil, estatuto profissional e habilitações literárias), rede de suporte social e familiar (discriminação das características da relação com o companheiro, constituição do agregado familiar e tipologia e frequência de contacto com elementos da rede familiar e social), história psiquiátrica e obstétrica dos participantes, condição psiquiátrica e médica actuais, hábitos de consumo de substâncias e hábitos alimentares, actuais e passados (individuais e familiares), dados relativos à actual gravidez (incluem informações sobre o planeamento e desejo da gravidez, a sua aceitação inicial pela

grávida e pelo companheiro e o consumo de tabaco, álcool, cafeína e substâncias ilícitas durante a gestação) e condições anteriores de existência (corresponde à ocorrência de acontecimentos de vida adversos durante a infância e abrange a identificação de circunstâncias de risco que envolveram o sistema de prestação de cuidados, tais como: morte de um ou ambos os pais, divórcio ou separação parental, separação sem contacto com os pais durante mais de um mês antes da idade dos 18 anos e adopção).

Questionário de Preocupações com Acontecimentos de Vida

O *Questionário de Preocupações com Acontecimentos de Vida* (QPAV) é uma medida de auto-relato, composta por 79 itens relativos a uma grande variedade de acontecimentos adversos de vida. Procura estimar a presença e a intensidade das preocupações associadas a cada um destes acontecimentos, independentemente da sua ocorrência real ou hipotética, com respeito às seguintes áreas de vida: educacional, profissional, habitação, situação económica, acesso a cuidados de saúde, sistema legal/criminal, sistema marital/conjugal, reprodução/parentalidade, ambiente familiar, ambiente social e contexto psicossocial e ambiental. Foi construído com base nas categorias definidas para o Eixo IV (Problemas Psicossociais e Ambientais) no Manual de Diagnóstico DSM-IV da American Psychiatric Association (APA, 1994).

Para o preenchimento desta medida, o participante dispõe, em cada item, de uma escala de resposta do tipo *likert* de 6 pontos, que varia entre 0 = “Não me preocupou nada” e 5 = “Preocupou-me imenso”, através da qual deverá assinalar a intensidade da preocupação, nos últimos 3 meses¹, relativamente ao acontecimento assinalado. A cotação total nesta escala, obtida pelo somatório das respostas dadas para a totalidade dos itens, pode variar entre 0 e 395. Quanto maior for a cotação obtida, maior a intensidade das preocupações sentidas pelo sujeito.

As respostas de 250 participantes (gestantes e

¹ Este período justifica-se pelo facto de se pretender determinar quais as preocupações mais marcantes dos pais em cada um dos trimestres de gravidez, no parto e aos 3 meses do pós-parto.

respectivos companheiros) ao QPAV, durante o 1.º trimestre de gravidez (8-14 semanas de gestação), serviram de base ao estudo de validação deste instrumento, o qual implicou: Análise Factorial, para a extracção dos factores (subescalas); correlação Ró de Spearman, para o estudo da relação entre os itens de uma mesma subescala e dos itens com a subescala a que pertencem e com a escala total; correlação *R* de Pearson, para o estudo da correlação das subescalas entre si e de cada uma delas com a escala total. Para analisar a consistência interna, quer das subescalas quer da escala total, recorreremos aos indicadores *Alpha de Cronbach* e *Coefficiente de Bipartição (Split-Half)*, o que permitiu avaliar, respectivamente, a estabilidade das respostas e a homogeneidade da escala. O estudo do questionário incluiu, também, a análise da fidelidade teste-reteste, através do coeficiente de correlação Ró de Spearman (para os itens) e do coeficiente de correlação *R* de Pearson (para as subescalas).

A Análise Factorial permitiu a identificação de sete subescalas: 1) Familiar e Interpessoal, 2) Económico-social, 3) Profissional, 4) Educacional, 5) Actual gravidez, 6) Aceitação da actual gravidez, e 7) Outras preocupações (não especificadas).

Todos os itens que compõem o QPAV se correlacionam positiva e significativamente com a escala total (correlações a variar entre 0.180 e 0.826), embora os resultados nos itens (38) “Preocupou-a(o) ocorrer a morte do(a) seu(ua) companheiro(a)”, (39) “Preocupou-a(o) o(a) seu(ua) companheiro(a) ter uma doença física/psicológica grave” e (46) “Preocupou-a(o) o facto do(a) seu(ua) companheiro(a) estar a vivenciar outro tipo de problemas” sejam os que apresentam maiores valores de correlação (respectivamente, de 0.809, 0.826 e 0.800).

No Quadro 2 apresentam-se as correlações entre cada item e o resultado da subescala da qual faz parte.

Dentro dos itens que constituem a subescala **Familiar e Interpessoal**, os que exibem maior correlação com o resultado total na subescala são o (38) “Preocupou-a(o) ocorrer a morte do(a) seu(ua) companheiro(a)” e o (39) “Preocupou-a(o) o(a) seu(ua) companheiro(a) ter uma doença física/psicológica grave”. Pelo contrário, o item (54) “Preocupou-a(o) ter tido um aborto anteriormente” é o que se encontra menos correlacionado. O item (20) “Preocupou-a(o) ter problemas financeiros” e o item (76) “Preocupou-a(o) a ocorrên-

cia de problemas políticos no país” são os que exibem, respectivamente, maior e menor correlação com o resultado total obtido na subescala **Económico-social**. O mesmo se passa para a subescala **Profissional**, respectivamente com os itens (10) “Preocupou-a(o) ter condições de trabalho difíceis” e (11) “Preocupou-a(o) sentir insatisfação com o emprego”, por um lado, e o item (8) “Preocupou-a(o) ter um horário de trabalho sobrecarregado”. A correlação mais elevada na subescala **Educacional** estabelece-se com o item (1) “Preocupou-a(o) o facto de ter instrução insuficiente” e a menor com o item (3) “Preocupou-a(o) a ocorrência de conflitos com professores e/ou colegas”. Na subescala **Aceitação da Actual Gravidez**, os itens (50) “Preocupou-a(o) a má aceitação da gravidez por parte do(a) seu(ua) companheiro(a)” e (49) “Preocupou-a(o) a má aceitação da gravidez por parte dos filhos” são os que manifestam, respectivamente a maior e a menor correlação com o resultado obtido nesta subescala. O mesmo papel representaram os itens (67) “Preocupou-a(o) a ocorrência de outros problemas com/na família” e (5) “Preocupou-a(o) outros problemas relacionados com a educação” na subescala **Outras Preocupações (não especificadas)**. Todos os itens que constituem a sub-escala **Actual Gravidez** apresentam uma elevada correlação com os resultados totais nela obtidos.

Da mesma forma que foi observado para os itens, todas as subescalas estão positiva e significativamente correlacionadas com a escala total a um nível de significância de 0.001 (cf. Quadro 3). As subescalas mais correlacionadas com a escala total são a **Familiar e Interpessoal** e a **Económico-social**. Estas duas subescalas são, também, as que se encontram mais correlacionadas entre si. Por seu turno, a subescala **Educacional** é a que menos se associa à escala total, embora se apresente correlacionada com esta de forma positiva e estatisticamente significativa. Esta subescala, conjuntamente com a subescala **Actual gravidez**, são as que menos se correlacionam entre si.

Tal como anteriormente referenciado, foi efectuada a análise da consistência interna da escala total e de cada uma das subescalas, com a obtenção dos seguintes resultados:

Escala Total: a escala total é composta pela globalidade dos itens do questionário e a sua cotação pode ser obtida pelo somatório dos resultados obtidos nas sete subescalas que a constituem. Quando ana-

QUADRO 2
Correlação Ró de Spearman entre os itens e a subescala a que pertencem

Familiar e Interpessoal		Económico-social		Profissional		Educacional		Actual Gravidez		Aceitação da Actual Gravidez		Outras Preocupações	
Item	Ró Spearman	Item	Ró Spearman	Item	Ró Spearman	Item	Ró Spearman	Item	Ró Spearman	Item	Ró Spearman	Item	Ró Spearman
32	.776**	15	.712**	6	.774**	1	.938**	51	.928**	48	.834**	5	.446**
38	.841**	16	.730**	7	.779**	2	.593**	52	.960**	49	.701**	14	.514**
39	.844**	17	.727**	8	.709**	3	.565**	53	.940**	50	.876**	19	.525**
40	.687**	18	.655**	9	.741**	4	.633**					23	.612**
41	.722**	20	.793**	10	.801**							30	.594**
42	.769**	21	.787**	11	.801**							63	.608**
43	.788**	22	.764**	12	.735**							67	.704**
44	.792**	24	.776**	13	.757**							75	.643**
45	.758**	25	.770**									79	.683**
46	.807**	26	.687**										
47	.776**	27	.790**										
54	.497**	28	.751**										
55	.635**	29	.770**										
56	.732**	31	.738**										
57	.787**	33	.772**										
58	.792**	34	.723**										
59	.761**	35	.715**										
60	.688**	36	.719**										
61	.730**	37	.676**										
62	.701**	76	.402**										
64	.825**	77	.530**										
65	.812**	78	.547**										
66	.796**												
68	.809**												
69	.811**												
70	.783**												
71	.773**												
72	.757**												
73	.745**												
74	.585**												

QUADRO 3
Correlação R de Pearson entre as diferentes subescalas do QPAV e destas com a Escala Total

Subescalas	Familiar e Interpessoal	Económico-Social	Profissional	Educacional	Actual Gravidez	Aceitação da Actual Gravidez	Escala Total
Familiar e Interpessoal							.966**
Económico-Social	.857**						.941**
Profissional	.563**	.699**					.701**
Educacional	.386**	.369**	.270**				.433**
Actual Gravidez	.695**	.647**	.454**	.234**			.728**
Aceitação da Actual Gravidez	.619**	.548**	.385**	.391**	.436**		.640**
Outras Preocupações	.420**	.397**	.273**	.236**	.295**	.275**	.486**

*p≤.05; **p≤.01

lisamos a sua consistência interna obtivemos valores muito elevados, tanto ao nível do *Alpha de Cronbach* = 0.985, quanto do *Coeficiente de Split-half* = 0.910.

Subescala Familiar e Interpessoal: a sua constituição engloba 30 itens (32, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74), relativos a preocupações com situações do domínio familiar e interpessoal. Esta subescala apresenta muito boa consistência interna com valores de *Alpha de Cronbach* e *Coeficiente de Split-half*, respectivamente de 0.984 e 0.952. Os itens (64) “*Preocupou-a(o) morrer um familiar*” e (65) “*Preocupou-a(o) a ocorrência de problemas graves de saúde na família*” são os que apresentam os resultados mais elevados, em termos médios, enquanto que o item (54) “*Preocupou-a(o) ter tido um aborto anteriormente*” mostra os resultados mais baixos. O item (60) “*Preocupou-a(o) a ocorrência de conflitos entre os seus filhos*” é o que exibe maior dispersão de resultados, revelando uma maior diversidade dos respondentes quantos às preocupações com este acontecimento de vida.

Subescala Económico-social: é constituída por 22 itens (15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 76, 77, 78), respeitantes a preocupações com situações relativas às condições socio-económicas do sujeito (alojamento, apoio social, cuidados de saúde, problemas legais, rendimento e contexto psicossocial e ambiental). Manifesta muito boa consistência interna com valores de *Alpha de Cronbach* e *Coeficiente de Split-half*, respectivamente de 0.968 e 0.914. O item (20) “*Preocupou-a(o) ter problemas financeiros*” é o que apresenta os resultados mais elevados, em termos médios, enquanto que o item (77) “*Preocupou-a(o) ter problemas de emigração*” mostra os resultados mais baixos. O item (24) “*Preocupou-a(o) ter um diagnóstico de doença grave*” é o que apresenta maior dispersão de resultados, revelando uma maior diversidade dos respondentes quantos às preocupações com este acontecimento de vida.

Subescala Profissional: é constituída por 8 itens (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13), que se referem a preocupações focadas no domínio da ocupação profissional. Excelentes índices de consistência interna, com valores de *Alpha de Cronbach* e *Coeficiente de Split-half*, respectivamente de 0.918 e 0.906, foram novamente encontrados. O item (6) “*Preocupou-a(o) ficar desempregada(o)*” é o que apresenta os resultados mais elevados, em termos médios,

enquanto que o item (9) “*Preocupou-a(o) ser discriminada(o) no empregado*” mostra os resultados mais baixos. O item 6 é também o que apresenta maior dispersão de resultados, revelando uma maior diversidade dos respondentes quantos às preocupações com este acontecimento de vida.

Subescala Educacional: quatro itens (1, 2, 3, 4), referentes a preocupações relativas à situação educativa do sujeito, constituem esta subescala, a qual apresenta índices de consistência interna mais baixos dos que as anteriores, com valores de *Alpha de Cronbach* e o *Coeficiente Split-half* de 0.769 e 0.785, respectivamente. Nesta subescala, o item (1) “*Preocupou-a(o) o facto de ter instrução insuficiente*” é o que apresenta os resultados mais elevados, em termos médios, bem como a maior dispersão de resultados, revelando uma maior diversidade dos respondentes quanto à preocupação com este acontecimento de vida. Contrariamente, o item (2) “*Preocupou-a(o) a ocorrência de problemas académicos*” é o que mostra resultados médios mais baixos e menor dispersão na intensidade desta preocupação por parte dos respondentes.

Subescala Actual gravidez: é constituída por 3 itens (51, 52, 53), relativos a preocupações com a actual gravidez, nomeadamente a possibilidade de ocorrência de complicações materno-fetais. Esta subescala apresenta bons indicadores de consistência interna com valores de *Alpha de Cronbach* e *Coeficiente de Split-half*, respectivamente de 0.944 e 0.834. O item (52) “*Preocupou-a(o) a ocorrência de complicações na actual gravidez*” é o que apresenta os resultados mais elevados, em termos médios, enquanto que o item (53) “*Preocupou-a(o) a possibilidade de aborto espontâneo na actual gravidez*” mostra os resultados mais baixos. O item (51) “*Preocupou-a(o) o diagnóstico de malformações no feto*”, por sua vez, é o que apresenta maior dispersão de resultados, revelando uma maior diversidade dos respondentes quantos às preocupações com este acontecimento de vida.

Subescala Aceitação da actual gravidez: três itens (48, 49, 50), relativos a preocupações com aceitação da actual gravidez pelo próprio, pelos filhos e pela(o) companheira(o), fazem parte da penúltima sub-escala. Obtiveram-se valores de 0,859 e 0,818 para o *Alpha de Cronbach* e o *Coeficiente Split-half*, respectivamente, que indicam uma boa consistência desta sub-escala. O item (50) “*Preocupou-a(o) a má aceitação da gravidez por parte do seu(ua) companheiro(a)*” é o que apresenta os

resultados mais elevados, em termos médios, bem como a maior dispersão de resultados, revelando uma maior diversidade dos respondentes quantos às preocupações com este acontecimento de vida. Contrariamente, o item (49) “*Preocupou-a(o) a má aceitação da gravidez por parte dos filhos*” é o que mostra os resultados mais baixos e a menor dispersão.

Subescala Outras preocupações (não especificadas): a última subescala engloba 9 itens (5, 14, 19, 23, 30, 63, 67, 75, 79), respeitantes a preocupações não especificadas pelo sujeito, relativas a diferentes áreas da sua vida. Os valores de *Alpha de Cronbach* e *Coeficiente de Split-half* desta subescala são, respectivamente de 0.868 e 0.655, indicando uma boa consistência interna. O item (67) “*Preocupou-a(o) a ocorrência de outros problemas com/na família*” é o que apresenta os resultados mais elevados, em termos médios, enquanto que o item (5) “*Preocupou-a(o) outros problemas relacionados com a educação*” mostra os resultados mais baixos. O item 67 é também o que apresenta maior dispersão de resultados, revelando uma maior diversidade dos respondentes quantos às preocupações com este acontecimento de vida.

A totalidade da amostra (N=250) preencheu o QPAV nos 1.º e 2.º trimestres de gravidez, o que possibilitou o estudo da estabilidade da medida, com a determinação da fidelidade teste-reteste.

Os resultados obtidos nos 1.º e 2.º trimestres de gravidez correlacionam-se positiva e significativamente em todos os itens. Estas correlações variam entre 0.182 [item (19) “*Preocupou-a(o) outras situações relativas ao alojamento*”] e 0.561 [item (1) “*Preocupou-a(o) o facto de ter tido instrução insuficiente*”], traduzindo estas questões, respectivamente, a menor e a maior estabilidade temporal na preocupação com os acontecimentos de vida a que se referem. No que diz respeito às subescalas podemos constatar que, apesar de todas se correlacionarem positivamente a um nível de significância igual ou superior a 0.01, a Educacional é a que apresenta uma maior correlação entre os dois momentos analisados, isto é, maior estabilidade temporal. A subescala Profissional é a que testemunha menor correlação ao longo do tempo, traduzindo uma menor estabilidade temporal dos resultados obtidos.

Este instrumento mostra uma boa estabilidade temporal, uma vez que é significativa e elevada a correlação teste-reteste da escala total ($r=0.569$)

e das subescalas Familiar e Interpessoal ($r=0.553$), Económico-social ($r=0.513$), Profissional ($r=0.436$), Educacional ($r=0.582$), Actual gravidez ($r=0.456$), Aceitação da actual gravidez ($r=0.465$) e Outras preocupações ($r=0.440$).

Procedimentos

O consentimento para a realização desta investigação foi obtido junto da Comissão de Ética da Maternidade de Júlio Dinis (MJD, Porto), antes do início do estudo.

Os registos médicos das utentes da Consulta Externa de Ginecologia/Obstetrícia da MJD foram consultados no sentido de identificar as mulheres no primeiro trimestre de gravidez (8-14 semanas). A estas utentes e respectivos companheiros foram fornecidas informações e solicitada a participação voluntária no estudo. Após a obtenção do consentimento informado de ambos os elementos do casal, os dados socio-demográficos foram recolhidos e o preenchimento do QPAV foi efectuado. Medidas repetidas deste instrumento foram efectuadas nos 2.º e 3.º trimestres de gravidez, 15 dias após o parto e aos 3 meses após o parto.

Procedimentos estatísticos

A presença e intensidade das preocupações dos pais (mulheres e homens) com determinados acontecimentos adversos de vida (Objectivo 1) foi analisada através do estudo descritivo dos itens e das subescalas que compunham o questionário, tendo em conta as modas, mínimos, máximos, percentis, médias e desvios-padrão.

O estudo da ocorrência de diferenças de género na presença, intensidade e possível variação das preocupações dos pais, ao longo da gravidez e puerpério (Objectivo 2), foi efectuado através de uma Análise de Variância das Medidas Repetidas. Como factor intra-sujeitos consideraram-se os resultados obtidos em cada subescala e na escala total, tendo em conta cinco momentos de avaliação: 1.º, 2.º e 3.º trimestres de gravidez, 15 dias após o parto e 3 meses do pós-parto. A variável sexo foi considerada como o factor inter-sujeitos. A consideração deste factor permitiu, não apenas analisar as diferenças de género nos resultados obtidos, em cada subescala e na escala total, em cada momento de avaliação, mas também determinar se existiam

diferenças entre mães e pais na variação temporal das suas preocupações.

A análise estatística dos dados foi efectuada através do *Satistical Package for Social Sciences* (SPSS-15.0).

RESULTADOS

Presença e intensidade das preocupações parentais com acontecimentos adversos de vida, na transição para a parentalidade

Todas as hipóteses de resposta aos itens do questionário foram consideradas [de acordo com a sua natureza podem variar entre 0 (mínimo) e 5 (máximo)]. Para a totalidade das questões apresentadas, a resposta mais frequentemente dada pelos participantes (moda) foi 0 = “Não me preocupou nada” (cf. Quadro 4).

Uma análise das médias e desvios-padrão dos itens, permite-nos verificar que os itens (20) “Preocupou-a(o) ter problemas financeiros” e (52) “Preocupou-a(o) a ocorrência de complicações na actual gravidez”, bem como itens relacionados com estes quanto à sua natureza, respectivamente, o item (21) “Preocupou-a(o) ter rendimento baixo”, por um lado, e os itens (51) “Preocupou-a(o) o diagnóstico de malformações no feto” e (53) “Preocupou-a(o) a possibilidade de aborto espontâneo na actual gravidez”, por outro, são os que exibem os resultados médios mais elevados e traduzem, em média, as maiores preocupações dos sujeitos inquiridos. Estes itens pertencem, respectivamente, à subescala Económico-social e à subescala Actual gravidez.

Por sua vez, os itens 5, 14, 19 e 30 relacionados com outras preocupações (não especificadas), relativas respectivamente à educação, à ocupação profissional, ao alojamento e ao acesso a cuidados de saúde, apresentam as médias mais baixas, traduzindo os acontecimentos de vida dos sujeitos com os quais, em média, se preocupam menos. As questões com maior variabilidade de respostas são a (51) “Preocupou-a(o) o diagnóstico de malformações no feto” e a (57) “Preocupou-a(o) o diagnóstico de doença física/psicológica grave num filho”, o que indica a grande divergência na preocupação percebida dos respondentes relativamente aos acontecimentos referenciados.

Quando nos focamos na análise descritiva das

subescalas², verificamos que a subescala Actual gravidez é a que acumula itens com uma intensidade de preocupação, em média, mais elevada (25% dos respondentes associa à totalidade dos itens que constituem esta subescala uma intensidade de preocupação máxima, 5 = “Preocupou-me imenso”), seguindo-se as subescalas Profissional, Económico-social e Familiar e interpessoal. Pelo contrário, a subescala Outras preocupações (não especificadas) é constituída por itens relativamente aos quais a intensidade de preocupação assinalada é, em média, mais baixa.

Na subescala Familiar e Interpessoal, 60% dos itens exhibe cotações superiores aos resultados médios da escala total. Os itens 64 “Preocupou-a(o) morrer um familiar” e 65 “Preocupou-a(o) a ocorrência de problemas graves na família” são os que exibem os resultados médios mais elevados e traduzem, em média, as maiores preocupações dos sujeitos inquiridos, neste domínio. Na subescala Económico-social mais de metade dos itens (54.5%) apresentam resultados superiores à média para a escala total. Os itens (20) “Preocupou-a(o) ter problemas financeiros” e (21) “Preocupou-a(o) ter rendimento baixo” pertencem a esta subescala e apresentam os resultados médios mais elevados entre todos os que compõem a escala total. Na subescala Profissional apenas três itens apresentam médias inferiores aos resultados médios obtidos para a escala total. O item (6) “Preocupou-a(o) ficar desempregado” identifica o acontecimento adverso de vida ao qual o sujeito atribui a maior intensidade de preocupação na área profissional. Na subescala educacional apenas um item manifesta uma cotação superior à média obtida para a totalidade da escala, traduzindo o acontecimento que mais preocupa os sujeitos inquiridos neste domínio: (1) “Preocupou-a(o) o facto de ter instrução insuficiente”. Os itens (51) “Preocupou-a(o) o diagnóstico de malformações no feto”, (52) “Preocupou-a(o) a ocorrência de complicações na actual gravidez” e (53) “Preocupou-a(o) a possibilidade de aborto espontâneo na actual gravidez”, identificados como sendo os que exibem os resultados médios mais

² Para facilitar a interpretação dos resultados obtidos nos percentis 25-75, médias e desvios-padrão de cada uma das subescalas e da escala total os valores obtidos foram divididos pelo número de itens constituintes.

elevados da escala total, traduzindo, em média, as maiores preocupações dos sujeitos inquiridos, fazem parte da subescala Actual gravidez. A totalidade dos itens da subescala Aceitação da actual gravidez exibem resultados médios menores do que a média obtida para a escala total, revelando acontecimentos de vida com os quais os pais se preocupam pouco. O mesmo se passa com a totalidade dos 9 itens que compõem a subescala Outras preocupações.

Preocupações com Acontecimentos de Vida ao longo da gravidez e puerpério: diferenças de género

Medidas repetidas do QPAV, para a mãe e para o pai, foram obtidas em cinco momentos de avaliação: 1.º, 2.º e 3.º trimestres de gravidez, 15 dias após o parto e 3 meses do pós-parto (cf. Quadro 4).

Não se verificaram diferenças significativas entre as mães e os pais nos resultados obtidos para a

QUADRO 4

Análise descritiva dos itens e das subescalas: Percentis (25-75), Médias e Desvios-Padrão (DP)

Item: "Preocupou-a(o)..."	P 25-75	Média	DP
1. o facto de ter instrução insuficiente	0-3	1.39	1.83
2. a ocorrência de problemas académicos	0-0	0.31	0.90
3. a ocorrência de conflitos com professores e/ou colegas	0-0	0.33	1.00
4. a existência de um ambiente escolar inadequado	0-0	0.46	1.23
5. outros problemas relacionados com a educação	0-0	0.13	0.63
6. ficar desempregada (o)	0-4.25	1.83	2.16
7. ter ameaça de perda de emprego	0-3	1.35	1.95
8. ter um horário de trabalho sobrecarregado	0-3	1.56	1.84
9. ser discriminada(o) no emprego	0-1	0.94	1.68
10. ter condições de trabalho difíceis	0-3	1.35	1.85
11. sentir insatisfação com o emprego	0-3	1.51	1.84
12. mudar de emprego	0-1.25	1.00	1.67
13. ter desavenças com o patrão ou os colegas	0-2	1.12	1.77
14. outros problemas relacionados com a ocupação profissional	0-0	0.22	0.89
15. não ter domicílio	0-1	1.08	1.91
16. ter más condições de alojamento	0-2	1.10	1.89
17. viver num bairro com poucas condições de segurança	0-1	1.00	1.80
18. ter desavenças com vizinhos ou com o senhorio	0-1	0.77	1.57
19. outras situações relativas ao alojamento	0-0	0.20	0.82
20. ter problemas financeiros	0-5	2.30	2.08
21. ter rendimento baixo	0-4	2.18	2.04
22. ter apoio insuficiente por parte da assistência social	0-3	1.59	1.97
23. outros problemas económicos	0-0	0.31	1.07
24. ter um diagnóstico de doença grave	0-4	1.60	2.16
25. ser hospitalizada(o)	0-4	1.52	2.05
26. ter necessidade de realizar exames médicos	0-3	1.38	1.77
27. o facto dos cuidados de saúde serem inadequados	0-3.25	1.62	1.99
28. ter dificuldades de transporte para as instituições de saúde	0-2	1.06	1.70
29. receber pouca participação para despesas de saúde	0-3	1.38	1.85
30. outras situações relativas ao acesso a cuidados de saúde	0-0	0.27	0.95
31. ser vítima de assalto	0-3	1.45	1.96
32. ser vítima de abuso	0-3	1.32	2.01
33. ser vítima de outro crime	0-3	1.42	2.05
34. ser acusada(o) em tribunal (litígio)	0-1	1.05	1.89
35. ser presa(o)	0-1	1.06	1.93
36. ser detida(o)	0-1	1.08	1.94
37. ter outros problemas com a lei	0-1	1.05	1.85
38. ocorrer a morte do(a) seu(ua) companheiro(a)	0-5	1.67	2.20

(continua na página seguinte)

(continuação da página anterior)

Item: "Preocupou-a(o)..."	P 25-75	Média	DP
39. o(a) seu(ua) companheiro(a) ter uma doença física/psicológica grave	0-4.25	1.69	2.18
40. ser abusada(o) fisicamente por parte do(a) seu(ua) companheiro(a)	0-0.25	0.93	1.80
41. ser abusada(o) psicologicamente por parte do(a) seu(ua) companheiro(a)	0-1	1.01	1.82
42. separar-se/divorciar-se	0-3	1.27	2.00
43. a ocorrência de situações de conflito com o(a) seu(ua) companheiro(a)	0-2.25	1.35	1.96
44. a ocorrência de infidelidade por parte do(a) seu(ua) companheiro(a)	0-2	1.27	1.99
45. o facto do(a) seu(ua) companheiro(a) ter problemas de consumo (álcool, drogas,...)	0-1	1.13	1.96
46. o facto do(a) seu(ua) companheiro(a) estar a vivenciar outro tipo de problemas	0-3	1.34	1.95
47. ter outros problemas no relacionamento com o(a) seu(ua) companheiro(a)	0-3	1.29	1.93
48. a má aceitação da gravidez por si própria(o)	0-0	0.70	1.58
49. a má aceitação da gravidez por parte dos filhos	0-0	0.47	1.31
50. a má aceitação da gravidez por parte do(a) seu(ua) companheiro(a)	0-0	0.83	1.74
51. o diagnóstico de malformações no feto	0-5	2.24	2.21
52. a ocorrência de complicações na actual gravidez	0-5	2.47	2.19
53. a possibilidade de aborto espontâneo na actual gravidez	0-5	2.22	2.19
54. ter tido um aborto anteriormente	0-0	0.87	1.78
55. ter problemas de infertilidade	0-1	0.93	1.81
56. morrer um filho	0-5	1.46	2.18
57. o diagnóstico de doença física/psicológica grave num filho	0-5	1.66	2.21
58. o facto de um filho ser vítima de abuso físico/psicológico ou negligência	0-5	1.59	2.18
59. ter problemas no relacionamento com os filhos	0-2	1.21	2.04
60. a ocorrência de conflitos entre os seus filhos	0-0	0.96	1.87
61. o facto dos seus filhos estarem a passar por dificuldades	0-1	1.18	2.03
62. dar um filho para adopção	0-0	0.99	1.94
63. outras situações relacionadas com o seu papel de mãe/pai	0-0	0.37	1.25
64. morrer um familiar	0-5	1.82	2.16
65. a ocorrência de problemas graves de saúde na família	0-4	1.78	2.13
66. a ocorrência de conflitos/desavenças familiares	0-3	1.43	2.00
67. a ocorrência de outros problemas com/na família	0-0	0.48	1.39
68. a morte ou a perda de uma figura significativa (amigo)	0-4	1.46	2.03
69. uma figura significativa (amigo) ter problemas graves de saúde	0-3	1.42	2.00
70. ter um suporte social inadequado	0-3	1.26	1.94
71. sentir-se isolada(o) socialmente	0-2	1.16	1.87
72. ter dificuldades de inserção social	0-1	1.04	1.80
73. ser discriminada(o) socialmente	0-2	1.04	1.78
74. a ocorrência de mudanças na sua vida (casamento, ser mãe/pai, reforma,...)	0-2	1.13	1.75
75. outros problemas no ambiente social	0-0	0.36	1.15
76. a ocorrência de problemas políticos no país	0-3	1.40	1.72
77. ter problemas de emigração	0-0	0.56	1.29
78. a ocorrência de desastres naturais (terramotos, tempestades,...)	0-3	1.46	1.94
79. ter outros problemas no ambiente psicossocial e ambiental	0-0	0.38	1.17
Subescalas	P 25 -75	Média	DP
Familiar e Interpessoal	0-2.41	1.29	1.63
Económico-social	0.18-2.07	1.32	1.46
Profissional	0-2.38	1.33	1.48
Educacional	0-1	0.62	0.99
Actual gravidez	0-5	2.31	2.08
Aceitação da actual gravidez	0-0.67	0.67	1.37
Outras preocupações (não especificadas)	0-0.11	0.30	0.74
Total	0.19-2.03	1.17	1.25

*p≤.05; **p≤.01

totalidade das subescalas e para a escala total [F(1,143)=.043; p=.84], em nenhum dos momentos de avaliação considerados: subescala Familiar e Interpessoal [F(1,144)=.170; p=.68], Económico-social [F(1,144)=.152; p=.70], Profissional [F(1,145)=.143; p=.71], Educacional [F(1,143)=.043; p=.84], Actual gravidez [F(1,145)=2.286; p=.13], Aceitação da actual gravidez [F(1,145)=.620; p=.43] e Outras preocupações (não especificadas) [F(1,145)=.047; p=.83].

Não se verificam, de igual forma, diferenças significativas entre os diferentes momentos de avaliação, tanto nas mães quanto nos respectivos companheiros, nos resultados obtidos nas subescalas Económico-social [F(4,144)=1.502; p=.20], Profissional [F(4,145)=.485; p=.75], Educacional [F(4,143)=.671; p=.61], Aceitação da actual gravidez [F(4,145)=1.257; p=.29] e Outras preocupações (não especificadas) [F(4,145)=.783; p=.54]. Contrariamente, foram encontradas diferenças significativas ao longo do tempo nos resultados da subescala Familiar e Interpessoal [F(4,144)=3.182; p=.01], Actual gravidez [F(4,145)=29.281; p=.00] e na Escala Total [F(4,143)=3.251; p=.01], resultado independente do sexo dos respondentes. Análises post-hoc permitem verificar que estas diferenças ocorrem entre o 2.º e o 3.º trimestre de gravidez na subescala Familiar e Interpessoal [F(1,144)=6.932; p=.01] e na Escala Total [F(1,143)=6.977; p=.01]. Na subescala Actual gravidez estas diferenças ocorrem, não só entre o 2.º e o 3.º trimestre de gravidez [F(1,145)=20.192; p=.00], como também entre os 15 dias e os 3 meses após o parto [F(1,145)=9.791; p=.00], tanto para as mães quanto para os pais. De forma idêntica para as mulheres e para os homens, em todas estas subescalas se verifica um decréscimo dos resultados ao longo do tempo.

Apesar de não se terem observado diferenças de género estatisticamente significativas na presença, intensidade e variação das preocupações parentais, nos momentos de avaliação considerados, quando detalhamos a análise dos resultados para cada uma das subescalas e escala total, encontramos tendências distintas entre mulheres e homens, em cada um dos parâmetros analisados. As mulheres obtêm na escala total e nas subescalas Familiar e Interpessoal, Económico-Social e Actual gravidez resultados médios mais elevados do que os homens, para todos os momentos de avaliação relativos à gravidez e pós-parto. Nas subescalas Profissional e Outras preocupações as mulheres evidenciam

resultados médios mais elevados do que os homens apenas nos 1.º e 3.º trimestres de gravidez, verificando-se o oposto nos restantes momentos de avaliação. Nas sub-escalas Educacional e Aceitação da actual gravidez os homens manifestam, em todos os momentos de avaliação considerados, resultados médios mais elevados do que as mulheres.

DISCUSSÃO

Tentativas para determinar as circunstâncias de vida que se associam e podem justificar o acréscimo de ansiedade que caracteriza o período de transição para a parentalidade (e.g. Jinadu & Daramola, 1990; Altshuler, Hendrick, & Cohen, 2000; Andersson, Sundström-Poromaa, Bixo, Wulff, Bondestam, & Aström, 2003; Ross, Evans, Sellers, & Romach, 2003; Halbreich, 2004; Heron, O'Connor, Evans, Golding, & Glover, 2004), com consequências reconhecidas para a saúde e bem-estar da mãe (para uma revisão consultar Conde & Figueiredo, 2003), bem como para a saúde, bem-estar e desenvolvimento da criança (para uma revisão consultar Conde & Figueiredo, 2005), parecem estar patentes nas investigações desenvolvidas nos últimos anos (Costa, Larouche, Dritsa, & Brender, 1999; Ohman, Grunewald, & Waldenstrom, 2003; Pacheco, Figueiredo, Costa, & Pais, 2005; Costa, Pacheco, & Figueiredo, 2007).

A investigação apresentada, desenvolvida no período de transição para a parentalidade, visou estudar as preocupações dos pais (mulheres e homens) com determinados acontecimentos adversos de vida (independentemente da sua ocorrência real ou hipotética), em particular, a incidência de diferenças de género na presença, intensidade e variação das preocupações parentais ao longo da gravidez e puerpério. Os acontecimentos propostos diziam respeito a diferentes áreas de vida do indivíduo: educacional, profissional, habitação, situação económica, acesso a cuidados de saúde, sistema legal/criminal, sistema marital/conjugal, reprodução/parentalidade, ambiente familiar, ambiente social e contexto psicossocial e ambiental. Pressupõe-se que as preocupações identificadas sejam susceptíveis de influenciar o bem-estar dos pais e determinar o seu ajustamento a este período de transição.

A actual gravidez (em particular, a possibilidade de ocorrência de complicações, de aborto espontâneo e de diagnóstico de malformações) e a condição

QUADRO 5

Medidas repetidas dos factores e da Escala Total, nas mulheres e homens, ao longo da gravidez e pós-parto: médias e desvios-padrão

Sub-Escalas	Momentos de Avaliação	Mulheres Média (DP)	Homens Média (DP)	Amostra Total Média (DP)
Familiar e Interpessoal	1.º trimestre	0.98 (1.32)	0.89 (1.48)	0.93 (1.40)
	2.º trimestre	0.95 (1.35)	0.84 (1.48)	0.90 (1.41)
	3.º trimestre	0.69 (1.20)	0.64 (1.37)	0.67 (1.28)
	15 dias após o parto	0.72 (1.24)	0.63 (1.28)	0.67 (1.26)
	3 meses após o parto	0.71 (1.25)	0.67 (1.38)	0.69 (1.31)
Económico-social	1.º trimestre	1.12 (1.23)	0.93 (1.21)	1.02 (1.22)
	2.º trimestre	1.01 (1.29)	0.98 (1.46)	0.99 (1.37)
	3.º trimestre	0.92 (1.30)	0.87 (1.42)	0.89 (1.36)
	15 dias após o parto	0.91 (1.23)	0.91 (1.31)	0.91 (1.26)
	3 meses após o parto	0.85 (1.24)	0.78 (1.31)	0.82 (1.27)
Profissional	1.º trimestre	1.15 (1.28)	1.10 (1.34)	1.12 (1.31)
	2.º trimestre	1.08 (1.41)	1.18 (1.40)	1.13 (1.40)
	3.º trimestre	1.10 (1.37)	1.07 (1.38)	1.08 (1.37)
	15 dias após o parto	0.92 (1.26)	1.12 (1.39)	1.02 (1.33)
	3 meses após o parto	0.95 (1.38)	1.08 (1.44)	1.02 (1.41)
Educacional	1.º trimestre	0.40 (0.67)	0.61 (0.98)	0.51 (0.85)
	2.º trimestre	0.49 (0.91)	0.65 (1.06)	0.57 (0.98)
	3.º trimestre	0.41 (0.74)	0.73 (1.08)	0.56 (0.94)
	15 dias após o parto	0.39 (0.87)	0.57 (1.02)	0.48 (0.95)
	3 meses após o parto	0.44 (1.04)	0.57 (0.89)	0.51 (0.97)
Actual Gravidez	1.º trimestre	2.34 (2.05)	1.72 (1.92)	2.03 (2.00)
	2.º trimestre	1.99 (1.90)	1.48 (1.78)	1.73 (1.85)
	3.º trimestre	1.24 (1.68)	1.04 (1.61)	1.14 (1.64)
	15 dias após o parto	1.09 (1.62)	0.86 (1.42)	0.97 (1.52)
	3 meses após o parto	0.61 (1.37)	0.62 (1.42)	0.61 (1.39)
Aceitação da Actual Gravidez	1.º trimestre	0.49 (1.14)	0.52 (1.25)	0.51 (1.19)
	2.º trimestre	0.37 (1.07)	0.51 (1.35)	0.44 (1.21)
	3.º trimestre	0.20 (0.86)	0.43 (1.29)	0.31 (1.10)
	15 dias após o parto	0.27 (0.93)	0.41 (1.11)	0.34 (1.02)
	3 meses após o parto	0.37 (1.12)	0.38 (1.17)	0.38 (1.14)
Outras Preocupações	1.º trimestre	0.28 (0.75)	0.14 (0.42)	0.21 (0.61)
	2.º trimestre	0.18 (0.46)	0.25 (0.66)	0.21 (0.57)
	3.º trimestre	0.15 (0.46)	0.12 (0.60)	0.13 (0.53)
	15 dias após o parto	0.15 (0.54)	0.16 (0.50)	0.16 (0.51)
	3 meses após o parto	0.19 (0.76)	0.20 (0.75)	0.20 (0.75)
ESCALA TOTAL	1.º trimestre	0.96 (1.00)	0.85 (1.10)	0.90 (1.05)
	2.º trimestre	0.89 (1.05)	0.86 (1.23)	0.87 (1.14)
	3.º trimestre	0.72 (1.00)	0.70 (1.18)	0.71 (1.09)
	15 dias após o parto	0.71 (0.97)	0.71 (1.09)	0.71 (1.03)
	3 meses após o parto	0.68 (1.08)	0.68 (1.17)	0.68 (1.12)

económico-social (especificamente, a existência de problemas financeiros e baixo rendimento) dominam as preocupações parentais no período de transição para a parentalidade. É nestas áreas de vida, conjuntamente com a profissional (em especial, a probabilidade de ficar desempregado) e a familiar e interpessoal (morrer um familiar ou ocorrência de problemas graves na família), que se encontram englobados os acontecimentos de vida adversos onde se focaliza a maior intensidade de preocupação de mulheres e homens, durante esta fase exigente das suas vidas. Idênticos resultados haviam já sido obtidos por Ohman, Grunewald e Waldenstrom (2003). Estes autores constataram que as maiores preocupações das mulheres, hipoteticamente relacionadas com o aumento dos níveis de ansiedade grávidas, se relacionavam primeiramente com a gravidez, centrando-se na saúde do bebé, no parto e na possibilidade de um aborto, seguindo-se os problemas financeiros. A preocupação materna com a saúde e bem-estar do bebé transpõe também dos resultados obtidos por Pacheco, Figueiredo, Costa e Pais (2005) e parece dominar o modo como as mulheres antecipam a sua experiência de parto. Supõe-se que a centralidade destas preocupações seja adaptativa e traduza o ajustamento das mulheres e homens ao seu novo e exigente papel: o papel parental. De facto, o bebé vai adquirindo uma individualidade própria ao longo da gestação, a qual passa a fazer parte integrante e fundamental da rede familiar. Importa, por isso, garantir uma prestação de cuidados (hipoteticamente beneficiados pela condição económica e social dos pais) que promovam a saúde e bem-estar da criança. Ao contrário do que seria de esperar, a aceitação da actual gravidez não se apresenta como um aspecto dominante das preocupações parentais nesta amostra. Tal pode justificar-se pelo facto da quase totalidade dos casais terem planeado e desejado esta gravidez e, por isso, o processo de aceitação da mesma se encontrar favorecido.

Quando analisamos as diferenças de género na presença, intensidade e variação das preocupações parentais, os resultados sugerem, à semelhança de investigações anteriores, a existência de processos idênticos entre mulheres e homens na transição para a parentalidade (Figueiredo, Costa, Pacheco & Pais, 2005), os quais se traduzem por um perfil de preocupações semelhante (Matulaitė-Horwood & Bieliauskaitė, 2005). Matulaitė-Horwood e Bieliauskaitė (2005) verificaram que, apesar da estrutura

de preocupações ser comum entre os elementos do casal, o modo como cada um a vivencia é distinta. Os autores constataram que enquanto as mães se preocupam mais com a sua competência para lidar com a situação de parto e para cuidar do bebé, com a saúde do recém-nascido (comum ao pai) e com a preparação física e/ou emocional para a chegada do novo membro da família, os pais centram as suas preocupações no desempenho do papel paterno após o nascimento e na situação de parto, relativamente ao modo como prestarão apoio à companheira nesta situação. Também os resultados do estudo proposto encontram *nuanças* que distinguem as preocupações maternas e paternas, ao longo da gravidez e pós-parto: enquanto que as mulheres se apresentam mais preocupadas que os homens relativamente à globalidade dos acontecimentos adversos da sua vida, particularmente com situações relativas ao contexto familiar e interpessoal, económico-social e à actual gravidez, os homens manifestam uma maior intensidade de preocupação perante aspectos da sua vida educacional e relativos à aceitação da actual gravidez.

Os motivos que suscitam as preocupações parentais na gravidez e no pós-parto são distintos (Ohman, Grunewald, & Waldenstrom, 2003; Hiser, 1987; Lugina, Christensson, Massawe, Nystrom, & Lindmark, 2001) e assumem uma tendência de variação semelhante em mulheres e homens. Os resultados obtidos na presente investigação apontam para um decréscimo na globalidade das preocupações maternas e paternas ao longo dos últimos meses de gravidez e primeiros meses do puerpério, em particular as que se relacionam com o domínio familiar e interpessoal e a actual gravidez, apesar da estabilidade temporal que se observou nas preocupações relativas ao domínio económico-social, profissional, educacional, aceitação da actual gravidez e áreas não especificadas. Estes resultados são compatíveis com os obtidos por Ohman e colaboradores (2003), que encontram um padrão de menor preocupação durante o período intermédio de gravidez e os recolhidos por Lugina e colaboradores (2001), os quais observaram uma tendência para o decréscimo das preocupações e um aumento do interesse e da confiança relativamente a aspectos relacionados com o bebé e com o papel parental. Esta diminuição das preocupações parentais nos últimos meses de gravidez parece incongruente com o aumento da sintomatologia ansiosa que ocorre neste período (Astbury, 1980; Singh & Saxena, 1991). Contudo,

as preocupações parentais identificadas por Matulaitė-Horwood e Bieliauskaitė (2005) como as mais marcantes do final da gestação, não foram discriminadas no nosso estudo, o que supomos estar a mascarar os resultados obtidos. Apesar de tudo crê-se que existe um impacto diferencial das preocupações dos pais na ansiedade parental durante a transição para a parentalidade. Assim, a estabilidade temporal observada nas preocupações económico-sociais poderão contribuir para uma forma de stress crónico durante este período, enquanto que preocupações relativas a situações familiares e interpessoais e à actual gravidez, em particular relativos à saúde e bem-estar do bebé, são mais pontuais, de carácter desenvolvimental e tendem a diminuir à medida que as mães e os pais se vão adaptando a esta fase de transição para a parentalidade.

Acreditamos que a intervenção dos técnicos e investigadores na área da saúde reprodutiva, com vista à promoção do ajustamento dos pais nesta fase exigente das suas vidas, sairá favorecida com a compreensão das vicissitudes que caracterizam a vivência psicológica parental da transição para a parentalidade. Tal intervenção deverá envolver todos os elementos do processo em causa e focalizar-se nas maiores áreas de preocupação parental. Deste modo, garantir-se-á uma prestação de cuidados adequados aos pais e a diminuição da morbilidade associada a este período de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altshuler, L. L., Hendrick, V., & Cohen, L. S. (2000). An update on mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry*, 2, 217-222.
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff M., Bondestam, K., & Åström, M. (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 189 (1), 148-154.
- Astbury, J. (1980). The crisis of childbirth: can information and childbirth education help? *Journal of Psychosomatic Research*, 31 (6), 743-756.
- Buist, A., Morse, C. A., & Durkin, S. (2003). Men's adjustment to fatherhood: implications for obstetric health care. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing*, 32 (2), 172-180.
- 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), 197-209.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2005). Ansiedade na Gravidez: Implicações para a saúde e bem-estar do bebé e mecanismos neurofisiológicos envolvidos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36 (1), 41-49.
- Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M., & Brender, W. (1999). Variations in stress levels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (6), 609-621.
- Costa, R., Pacheco, A., & Figueiredo B. (2007). Antecipação e experiência emocional de parto. *Cadernos de Saúde Pública*, no prelo.
- Dunkel-Schetter, C., & Lobel, M. (1998). Pregnancy and childbirth. In E. A. Blechman, & K. D. Brownell (Eds.), *Behavioral medicine and women: A comprehensive handbook* (pp. 475-482). New York: Guilford Press.
- Elliott, A., Rugg, A. J., Watson, J. P., & Brough, D. I. (1983). Mood changes during pregnancy and after the birth of a child. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 295-308.
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas da maternidade. In C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 161-188). Coimbra: Quarteto Editora.
- Halbreich, U. (2004). Prevalence of mood symptoms and depression during pregnancy: Implications for clinical practice and research. *CNS Spectrums*, 9 (3), 177-184.
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., & Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80, 65-73.
- Hiser, P. L. (1987). Concerns of multiparas during the second postpartum week. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing*, 16 (3), 195-203.
- Jinadu, M. K., & Daramola, S. M. (1990). Emotional changes in pregnancy and early puerperium among the Yoruba women in Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry*, 36 (2), 93-98.
- Lobel, M., DeVincent, C. J., Kaminer, A., & Meyer, B. A. (2000). The Impact of Prenatal Maternal Stress and Optimistic Disposition on Birth Outcomes in Medically High-Risk Women. *Health Psychology*, 19 (6), 544-553.
- Lugina, H. I., Christensson, K., Massawe, S., Nystrom, L., & Lindmark, G. (2001). Change in maternal concerns during the 6 weeks postpartum period: a study of primiparous mothers in Dar es Salaam, Tanzania. *Journal of Midwifery Womens Health*, 46 (4), 248-257.
- Matulaitė-Horwood, A., & Bieliauskaitė, R. (2005). The subjective content of psychological anxiety in the last month of pregnancy. *Acta Medica Lituanica*, 12 (2), 31-36.

- Ohman, S. G., Grunewald C., & Waldenstrom, U. (2003). Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17 (2), 148-152.
- Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R., & Pais A. (2005). Antecipação da experiência de parto: mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7 (1), 7-41.
- Podbilewicz-Schuller, Y. (1997). Women's personal and marital adjustment during the transition to parenthood: Personality, contextual, and demographic correlates. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57 (10-B), 6588.
- Ross, L. E., Evans, S. E. G., Sellers, E. M., & Romach, M. K. (2003). Measurement issues in postpartum depression – part 1: Anxiety as a feature of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 51-57.
- Singh, U., & Saxena, M. S. (1991). Anxiety during pregnancy and after child birth. *Psychological Studies*, 36 (2), 108-111.

RESUMO

Este artigo apresenta uma investigação desenvolvida com o objectivo de estudar as preocupações dos pais com determinados acontecimentos adversos de vida, no período de transição para a parentalidade, em particular, a ocorrência de diferenças de género na presença, intensidade e variação das preocupações parentais ao longo do período em estudo.

Para esse efeito o *Questionário de Preocupações com Acontecimentos de Vida (QPAV)* foi administrado a uma amostra de mulheres e homens (N=250) nos 1.º, 2.º e 3.º trimestres de gravidez, 15 dias e 3 meses após o parto.

Os resultados mostram que tanto as mães como os pais apresentam um mesmo perfil de preocupações e que as áreas económico-financeira (rendimento familiar) e da actual gravidez dominam as preocupações parentais. Quer nas mulheres quer nos homens, as preocupações exibem igual estabilidade ao longo do tempo, à excepção das relativas a situações adversas no contexto familiar e interpessoal e à actual gravidez que sofrem um decréscimo ao longo da gravidez e puerpério.

As diferentes preocupações que mães e pais exibem durante o período de transição para a parentalidade podem assumir um impacto diferencial no aumento da sintomatologia ansiosa característica deste período. Assim, enquanto que a manutenção das preocupações económico-sociais, ao longo do tempo, poderá estar a contribuir para uma forma de stress crónico, as preocupações relativas a aspectos familiares e interpessoais e à actual gravidez, em particular respeitantes à saúde e bem-estar do bebé, são mais pontuais, parecendo estar mais relacionadas com

as tarefas desenvolvimentais que marcam esta fase. Por isso mesmo, tendem a diminuir à medida que as mães e os pais se vão adaptando ao novo papel parental.

Acreditamos que intervenção dos técnicos e investigadores na área da saúde reprodutiva, com vista à promoção do ajustamento dos pais nesta fase exigente das suas vidas, sairá favorecida com a compreensão das vicissitudes que caracterizam a vivência psicológica da transição para a parentalidade. Tal intervenção deverá envolver todos os elementos do processo em causa e focalizar-se nas maiores áreas de preocupação parental. Deste modo, garantir-se-á uma prestação de cuidados adequados aos pais e a diminuição da morbilidade associada a este período de vida.

Palavras-chave: Parentalidade, ansiedade, preocupações.

ABSTRACT

The aim of the research presented was to study parental concerns related to specific adverse life events, during transition to parenthood, in particular, differences between mothers and fathers concerning the occurrence, intensity and variation of these concerns over the period of time considered.

To reach these aims, the Concerns with Life Events Questionnaire (CLEQ) was filled in by a sample of women and men (N=250) at the 1st, 2nd and 3rd pregnancy trimesters, 15 days after delivery and at 3rd postpartum month.

Results showed that both mothers and fathers exhibit the same profile related to concerns and that economical area (family income) and the present pregnancy dominate parental concerns. Both in women and men, concerns reveal identical stability over time, except for adverse life events concerning to family and interpersonal context and to the present pregnancy, which decrease over pregnancy and postpartum period.

The different concerns revealed by mothers and fathers during transition to parenthood can have a differential impact in the usual increase of anxiety observed in this period. The temporal stability found in economic and social concerns can contribute to a type of chronic stress. Concerns related to familiar and interpersonal situations and to the present pregnancy, in particular concerning to infant's health and well-being, are more punctual and can be associated to the developmental tasks which characterize this period. Due to that they decrease with the adaptation to the parental role.

We believe that the intervention of health professionals and researchers, with the purpose of promote parental adjustment during this demanding phase of their lives and decrease morbidity associated to transition to parenthood, should be focused in the major areas of parental concerns.

Key words: Parenthood, anxiety, concerns.