

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

ESPERANÇA NO CONTEXTO DA GRAVIDEZ DE RISCO

Contributo para o estudo da esperança no processo gravídico de risco
médico, psicológico e social

ANA MARTA BATISTA RAMOS

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Ramo de Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra, 2014



Esperança no contexto da gravidez de risco

Contributo para o estudo da esperança no processo gravídico de risco
médico, psicológico e social

ANA MARTA BATISTA RAMOS

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia
Clínica

Ramo de Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientador: Professor Doutor Henrique Testa Vicente

Coimbra, Outubro de 2014

Agradecimentos

Mais uma etapa chegou ao fim e com ela chegou também a hora de agradecer a determinadas pessoas que fizeram parte da minha evolução, passaram pela minha vida, contribuindo todas elas para a pessoa que sou hoje. Gostava, por isso, poder nomear o nome de cada uma, sentir o abraço especial de cada uma, mas por um conjunto imenso de motivos, apenas ficam lembradas para sempre no meu coração. Este foi o jeito que encontrei de lhes presentear esta vitória da minha vida. Refiro-me à minha família e a determinadas pessoas que, não sendo da minha família, manifestam todos os dias para comigo grandes valores de amizade. No entanto, existem outras pessoas que tenho mesmo de nomear, pois esta dissertação deve-se inteiramente a elas. Este momento é também delas, e é a elas de um modo individual que agradeço esta realidade que me encontro a viver.

Ao meu orientador de dissertação, Professor Doutor Henrique Vicente, pela sua disponibilidade, apoio, dedicação e partilha de conhecimentos ao longo deste projecto.

Às minhas orientadoras de estágio curricular, Dr.^a Rita Pinheiro e Dr.^a Cristina Vieira, por todas as orientações, ideias e conselhos dados para a execução deste projecto; mas, não menos importante, por toda a amizade e coragem que me transmitiram ao longo deste trabalhoso ano curricular.

À equipa de enfermagem da consulta externa, do internamento e da U.I.P. da Maternidade Bissaya Barreto, pelo importante papel que tiveram no levantamento da amostra do presente estudo.

Ao meu grupo de estágio pelo apoio, companheirismo e permuta de conhecimentos!

Ao André, pessoa a quem estarei eternamente grata pelo seu amor, dedicação, carinho, coragem e ajuda que tem tido para comigo!

Aos meus pais, a quem as palavras não bastam, para agradecer todo o sacrifício e amor, que têm manifestado para comigo. A eles lhe devo tudo o que sou!

A todos, um profundo obrigado!

*“Assim como há esperanças que tardam, há esperanças que vêm. (...)
As esperanças que tardam tiram a vida; as esperanças que vêm, não só
não tiram a vida, mas acrescentam os dias e os alentos dela.”*

Padre António Vieira

Resumo

O presente estudo tem como objectivo principal aprofundar o conhecimento sobre a esperança na gravidez de risco, através de um estudo quantitativo e transversal, com dois grupos (grupo de mulheres grávidas com sinalização de risco médico, psicológico e social; grupo de mulheres grávidas sem risco). Pretende-se analisar o impacto que a presença de risco implica ao nível da esperança, bem como explorar as variáveis sociodemográficas e familiares que influenciam significativamente a esperança nos dois grupos.

A amostra foi recolhida na Maternidade Bissaya Barreto, em Coimbra. É constituída por 196 grávidas, com idades compreendidas entre os 18 e 43 anos. Os níveis de esperança das grávidas foram avaliados através da aplicação da *Escala de Esperança no Futuro*.

Os resultados indicam que grávidas com presença de risco apresentam valores inferiores de esperança, apenas na subescala iniciativa. Não foram encontradas diferenças nos níveis de esperança consoante o tipo de risco (médico, psicológico, social). Do conjunto de variáveis especificamente relacionadas com a gravidez, aquele que revelou maior impacto na esperança foi o carácter planeado ou acidental da gravidez. Foram identificadas diferenças nos níveis de esperança consoante as habilitações literárias, estado civil, coabitação com o cônjuge, rendimentos mensais, (des)emprego, número de desafios enfrentados e presença de apoios institucionais. Os resultados deste estudo constituem um contributo para a compreensão teórica da vivência da gravidez e para o desenvolvimento de estratégias de intervenção em situações de risco.

Palavras-chave: Esperança; Gravidez; Gravidez de Risco; Risco Psicológico; Risco Social; Risco Médico

Abstract

This study aims to expand the knowledge about hope in situations of pregnancy risk, through a quantitative and cross-sectional study with two groups (group of pregnant women with signs of medical, psychological and social risk; group of pregnant women without risk). We intend to analyze the impact that presence of risk implies to the levels of hope experienced, and to explore sociodemographic and family variables that significantly influence hope in both groups.

The sample was collected in Bissaya Barreto Maternity, in Coimbra. It is composed 196 pregnant women, aged 18 to 43 years. Levels of hope were evaluated by applying the *Adult Hope Scale (AHS)*.

The results indicate that women whose pregnancy has an associated risk have lower values of hope, but only in the initiative subscale. No differences were found in hope levels depending on the kind of risk (medical, psychological, social). The variable specifically related to pregnancy, which revealed a more significant impact on hope, was the planned or accidental nature of pregnancy. Differences were found in levels of hope depending on qualifications, marital status, cohabitation with spouse, monthly income, (un)employment, number of challenges faced and the presence of institutional support. The results of this study represent a contribution to the theoretical understanding of pregnancy and to the development of more effective intervention strategies in risk situations.

Keywords: Hope; Pregnancy; Pregnancy risk; Psychological risk; Social risk; Medical Risk

Índice

Introdução.....	1
Definição, tipificação e caracterização da gravidez	1
Esperança no processo gravídico de risco	7
Objectivos	9
Materiais e Métodos.....	9
Participantes	9
Procedimentos	9
Instrumentos	10
<i>Questionário Sociodemográfico</i>	10
<i>Escala da Esperança para Adultos (Escala de Futuro)</i>	11
Análise Estatística	12
Resultados.....	12
Análise factorial da escala	12
Consistência interna e correlações entre dimensões	13
Análise descritiva, comparativa e correlacional	14
<i>Características Individuais e Esperança</i>	14
<i>Características Sociofamiliares e Esperança</i>	15
<i>Características Socioprofissionais e Esperança</i>	17
<i>Apoios Institucionais, Informais e Esperança</i>	18
<i>Desafios e Esperança</i>	20
<i>Gravidez, Risco e Esperança</i>	21
Discussão.....	23
Conclusão.....	28
Bibliografia.....	30
Apêndices.....	36
Apêndice I. Carta enviada ao Presidente do conselho administrativo do C.H.U.C.com pedido de autorização para a realização do estudo	36
Apêndice II. Projeto de estudo proposto à Unidade de Inovação e Desenvolvimento	38
Apêndice III. Carta da Comissão de Ética do C.H.U.C. com autorização para a realização do estudo	42
Apêndice IV. Consentimento informado entregue às grávidas no estudo	44
Apêndice V. Questionário sociodemográfico utilizado no estudo	46
Anexos.....	49
Anexo 1. Escala da Esperança para adultos	49

Índice de Tabelas

Tabela 1. Itens e respectiva carga factorial da escala de esperança no futuro para adultos – análise das componentes principais com recurso à rotação Oblimin, forçada a dois factores, regra de Kaiser.....	13
Tabela 2. Esperança segundo a idade, escolaridade e prática religiosa das participantes: Médias e Coeficiente de Correlação Rho de Spearman.....	15
Tabela 3. Esperança segundo o agregado familiar, a residência com o pai da criança e o rendimento familiar mensal: Médias, Teste T de Student, e Coeficiente de Correlação Rho de Spearman.....	17
Tabela 4. Esperança segundo a situação profissional, o regime profissional e o número de horas de trabalho semanais: Médias, Teste T de Student e Teste de Kruskal-Wallis.....	18
Tabela 5. Esperança segundo a existência de apoios institucionais, familiares ou de amigos e tipo de apoios: Médias, e Teste U de Mann-Whitney.....	19
Tabela 6. Esperança segundo o número de desafios enfrentados pelas grávidas: Médias, Teste de Kruskal-Wallis.....	20
Tabela 7. Esperança segundo o tipo de gravidez, o risco da gravidez, o tipo de risco e o número de gravidezes: Médias, Teste T de Student, Teste de Kruskal-Wallis e Coeficiente de Correlação Rho de Spearman.....	21

Introdução

A esperança tem vindo a ser descrita na literatura como um fator importante para os indivíduos que se desenvolvem cedo na vida (Snyder, 2002). A esperança parece estar diretamente relacionada com a autoestima, isto porque a percepção que uma pessoa tem de que é capaz de atingir os seus objetivos, faz com que automaticamente desenvolva um sentimento positivo em relação a si mesma. Em contrapartida, pessoas que sentem que não conseguem alcançar as suas metas, apresentam sentimentos negativos em relação a si, apresentando menores níveis de autoestima (Snyder et al., 1997).

Tendo em linha de conta o papel adaptativo que a esperança pode deter, a revisão da literatura revelou uma carência de estudos que foquem esta variável durante o período de gestação. Porém, a adaptação da mulher à gravidez comporta múltiplos desafios, em que os fatores esperança e resiliência têm um papel relevante na gestão do stress (Bjorn, 2009). A forma como a grávida vivencia as mudanças e os acontecimentos significativos exige, em termos desenvolvimentais, um duplo esforço físico e psicológico, nem sempre fácil de gerir, no sentido de prevenir desequilíbrios e perturbações emocionais (Silveira & Ferreira, 2011). Portanto, se por definição uma gravidez é um processo que acarreta mudanças aos mais variados níveis, torna-se relevante estudar as populações que estão sujeitas a desafios suplementares nesta fase, ou seja, as gravidezes de risco, cuja origem se pode situar em fatores fisiológicos (obstétricos), fatores psicológicos ou fatores sociológicos (Silva, 2012).

Definição, tipificação e caracterização da gravidez

O período da gravidez pode ser conceptualizado como uma fase de transição que envolve mudança aos níveis hormonal, físico, psicológico, familiar e social, desencadeando reajustamentos e reestruturações na vida dos indivíduos (Bayle, 2006).

Vários autores enfatizam a labilidade emocional, a maior dependência e os sentimentos ambivalentes que caracterizam este período, e referem que, não só a personalidade da mulher, mas também uma série de fatores externos, são susceptíveis de influenciar a conduta emocional e psíquica da grávida, entre os quais: a idade e o estado civil; as condições socioeconómicas; as habilitações literárias e a situação profissional; o número de gestações anteriores; o suporte conjugal, familiar e social; a ocorrência de complicações; o planeamento e a aceitação da gravidez (Brazelton, 1994; Camarneiro, 1998; Daly, 2003; Leal, 2005; Oliveira, 2006). O modo como todas as mudanças inerentes a este momento de transição são integradas, elaboradas e vivenciadas,

parecem relacionar-se diretamente com a estrutura de personalidade da mulher, o suporte conjugal, familiar e social, desejo e significado da gravidez e projeto da maternidade (Silva, 2012).

Cada mulher vive cada gravidez de uma forma única e diferente, de acordo com os palcos sociais em que se movimenta, as normas e os valores pelos quais foi educada, as experiências por que passou, o seu estado de saúde, a sua emotividade e desenvolvimento psicológico, as relações que estabeleceu ao longo da vida e as características da relação que a unem ao pai do seu filho (Colman & Colman, 1994; Pereira, 1999). O contexto intrapessoal da mulher, a sua história de vida, a sua personalidade e o significado que dá aos acontecimentos são muito importantes, uma vez que é aí que residem os aspetos psicológicos essenciais para o profissional de saúde compreender certos acontecimentos que marcam a gravidez, bem como a forma como a grávida se vê a si própria, se adapta e reage (Maldonado, 2002; Sá, 2001).

Hocking (2007) afirma, com base nos seus estudos do autoconceito de mulheres grávidas, que a gravidez altera dramaticamente a forma como uma mulher se vê e sente a si mesma, e acrescenta que a identidade de mãe, que é formada nos primeiros estágios da gestação, cresce no conceito que a mulher tem de si própria, durante todo o percurso, o qual é vivido de forma complexa, com alegria, esperança e amor, mas também com ansiedade, medo, conflito e luta.

A gravidez e o parto foram desde sempre considerados como processos fisiológicos naturais, que deveriam acontecer sem problemas para a mãe e para o feto. Contudo, sabe-se que tanto num como noutro, podem surgir “complicações” de ordem médica que, por sua vez, podem conduzir a um aumento da morbidade e mortalidade materno-fetal (Rato, 1998). Assim, se qualquer período gravídico implica sempre exigências, adaptações e mudanças, o mesmo período vivido sob algum tipo de risco, implica uma vivência ainda mais complexa (Maldonado, 2002).

O conceito de gravidez de risco surge para identificar graus de vulnerabilidade nos períodos de gestação, parto, puerpério e vida da criança no seu primeiro ano. Na assistência pré-natal, a gestação de risco diz respeito às alterações relacionadas tanto à mãe como ao feto (Gomes, Cavalcanti, Marinho, & Silva, 2001).

Quando se fala na possibilidade de se estar diante de uma gravidez de risco, é fulcral identificar o tipo de risco. Ao longo dos anos, com a passagem de uma visão minimalista para uma análise mais integradora e holística do ser humano, alcançou-se uma maior complexificação, mas também um enriquecimento do conhecimento do ser

humano. Aquilo que antes era traduzido a aspetos médicos e variáveis biológicas, passa hoje a ser entendido como o resultado de uma ação conjugada de várias forças: biológicas, psicológicas, sociais e culturais (Conde & Figueiredo, 2003). Deste modo, é redutor e simplista associar risco gravídico apenas a complicações médicas. É evidente que estas continuam a marcar presença e a merecer especiais cuidados. No entanto, importa sublinhar que a grávida vive dentro de uma sociedade, está inserida no seio de uma determinada cultura, e pode estar rodeada (ou não) por uma rede de suporte. Esta perspectiva implica que a avaliação da grávida tenha em consideração a sua história de vida, e o percurso da sua atual gravidez, através de uma análise baseada no modelo biopsicossocial. Desta forma é possível analisar e integrar múltiplos fatores em interação, que acabam por influenciar o comportamento e desenvolvimento da grávida e da gravidez. Para além do impacto ao nível da intervenção, este modelo influenciou vários trabalhos de investigação que procuram analisar, não apenas a ação de uma determinada variável no aumento do risco gravídico, como também o seu papel enquanto desencadeadora e/ou protetora do risco, e ainda a forma como diversas variáveis interagem ou podem estar a interagir entre si (Conde & Figueiredo, 2003).

Ao pensar-se numa gravidez de risco à luz do modelo acabado de citar, podem-se categorizar três grandes grupos de risco: médico, psicológico e social. No sentido médico, a gravidez de risco prende-se com a incidência de patologia médica de qualquer tipo durante a gravidez, parto ou pós-parto, que pode colocar em risco o feto, a mãe ou ambos (Conde & Figueiredo, 2003). No âmbito psicológico, a gravidez de risco prende-se com as dificuldades emocionais da mulher, instabilidade afetiva, desejos, fantasias e vivências (Rato, 1998). No domínio social, a gravidez de risco está relacionada com as lacunas que podem ocorrer no contexto social e cultural onde a grávida se movimenta, que influenciam/determinam uma evolução gravídica negativa (Dourado & Pelloso, 2007).

Tendo por base a premissa que a gravidez, como qualquer outra crise de desenvolvimento, pode desequilibrar o ciclo de vida do indivíduo, e que este desequilíbrio pode ser maior ou menor dependendo da forma como a crise é vivenciada (Paiva, Galvão, Pagliuca & Almeida, 2010), podem ser identificados um conjunto de fatores internos e externos ao indivíduo, que funcionam como protetores ou de risco na vivência da crise. Estes podem ser tipificados em três categorias, paralelas aos tipos de gravidezes de risco mencionados anteriormente: fatores fisiológicos/médicos, fatores

psicológicos e fatores sociais (Silva, 2012). Abordaremos seguidamente cada uma destas dimensões (médica, psicológica e social) em maior pormenor.

A gestação é um período da vida da mulher que envolve múltiplas alterações físicas e hormonais, que se podem refletir na saúde física e mental da grávida, bem como na forma como vivencia o processo gravídico e o puerpério (Camacho et al., 2006).

Apesar de ser um acontecimento fisiológico normal, acarreta várias modificações no organismo materno que começam na primeira semana de gestação e continuam durante todo o período gestacional. O corpo da mulher é constante e intensamente sensibilizado, o que traduz uma série de desconfortos, expressos por múltiplos sinais e sintomas, como: náuseas e vômitos; cansaço inexplicável; necessidade constante de urinar; maior tendência a infecções urinárias assintomáticas; sensibilidade no peito; excessiva salivagem, aumento de temperatura, falta de apetite e aversão a determinados odores, que variam ao nível do desconforto e da intensidade com que se manifestam, dependendo da tolerância de cada mulher (Costa et al., 2010; Oliveira, França, Freire & Oliveira, 2010). Estes sinais e sintomas constituem as chamadas manifestações somáticas da gravidez.

A forma como a mulher vive a gravidez com diagnóstico de patologia associado vai depender de inúmeros fatores, como a personalidade, experiência de vida, avaliação cognitiva que faz da situação, autoconceito prévio, perceção de suporte familiar e confiança sentida na equipa de saúde que a acompanha (Leitão, 1998; Maldonado, 2002; Pereira, 1999; Sá, 2001). Na especificidade destes casos, da vivência de uma gestação de risco, é fulcral que a mulher se sinta apoiada/escutada, encarada como alguém que necessita de cuidados, principalmente no campo da aprendizagem do que é a gravidez, e mais concretamente, como lidar com os riscos que se prendem à mesma, com base na unicidade de cada caso. É precisamente aqui que o papel da esperança pode ser fundamental, pois a mesma pode ver-se aumentada se a grávida sentir o apoio envolvente, e por sua vez, o aumento da esperança pode ser uma mais-valia para o enfrentar desta fase, no sentido de encontrar e lutar por bons mecanismos de defesa, bem como estratégias de resiliência para o enfrentar de novos e desconhecidos desafios (Monforte & Mineiro, 2006).

A presença de risco médico diretamente relacionada com o feto ou o anúncio da presença de anomalia na gravidez pode ter repercussões diferentes, consoante o tempo de gravidez e o grau de investimento. No entanto, verificou-se que esta é uma situação que acaba por comprometer sempre o processo gravídico. Num estudo realizado em

Portugal, composto por uma amostra de 51 mulheres grávidas sem qualquer tipo de risco associado e 47 grávidas com risco médico associado, constatou-se que as grávidas que apresentam risco médico na gravidez, apresentam maiores dificuldades de adaptação, níveis mais elevados de *stress*, sintomatologia psicopatológica e reatividade emocional negativa, bem como menor qualidade de vida comparativamente às grávidas sem risco médico associado. Os resultados mostraram ainda que a adaptação à gravidez é marcada por uma maior ambivalência entre as grávidas de risco (Canavarro & Pereira, 2010).

Empiricamente aceita-se que quando a mulher vive uma gravidez de risco com patologia associada ou um fator materno ou fetal que afete adversamente a gravidez e comprometa a saúde ou a vida do feto, da mãe ou de ambos, a crise normal aumenta de intensidade, com sobrecarga em termos mentais e emocionais, perturbando a própria vivência da gestação (Dias *et al.*, 2008; Mattson, 2008; Pedroso, 2001).

Do ponto de vista psicológico, uma gravidez inicia-se tendo por base a história do pai e da mãe, dentro da qual já estão reservados padrões de relacionamento a estabelecer com a vinda da criança (Rappaport, Fiori & Herzberg, 1981).

O risco psicológico apela, então, para o plano das vivências da gravidez em termos internos (desejos, fantasias, integração no projeto da maternidade) e nelas estão incluídas, as sensações e percepções vividas pela mulher (Leal, 2005).

O desenvolvimento psicológico ao longo da gravidez pode ser conceptualizado através de uma sequência de três fases, em que cada uma traz consigo tarefas psicológicas a concretizar e que são irreversíveis. Estas fases correspondem, de modo aproximado, aos três trimestres de gestação e dizem respeito, tanto às alterações de comportamento, como às alterações psicossomáticas próprias da gravidez (Justo, Bacelar-Nicolau & Dias, 1999).

Durante a primeira fase – Integração – a mulher deve aceitar que está grávida, ultrapassando a ambivalência entre o desejo e o receio da gravidez. Nesta fase tende a regressar mentalmente à infância e a reorganizar a relação com a sua própria mãe. Na fase seguinte – Diferenciação – começa a sentir os primeiros movimentos do feto e a percebê-lo como um ser autónomo. Neste momento a relação que tende a ser reequacionada é com o companheiro, procurando avaliar as suas características como futuro pai. Na última fase – Separação – a mulher antecipa o parto, inicia o processo pelo qual se desligará da gravidez, e começa a refletir sobre a relação que irá criar com a criança (Justo, Bacelar-Nicolau & Dias, 1999).

A gravidez/maternidade surge, assim, como um momento que possibilita à mulher refazer as suas representações do que é ser mãe, bem como reviver as próprias experiências enquanto filha, colocando em evidência os medos e anseios, redefinindo os seus valores, autoestima e identidade. Tais representações, adquiridas culturalmente, constituem, durante a gestação, uma imagem idealizada sobre o que é ser mãe e o que é ter um filho e, após o parto, passam a fazer parte de uma realidade concreta (Souza & Ferreira, 2005).

O ser humano vive inserido numa rede de elementos com os quais interage, sejam eles família, amigos, colegas, patrões ou empregados. Esta rede modifica-se ao longo da vida, através de reorganizações e adaptações resultantes do desenvolvimento individual. O suporte social é, no contexto das redes sociais, importante para garantir que a pessoa se sinta inserida num espaço de segurança, física e psicológica. A interação com os outros pode contribuir para satisfazer as necessidades sociais básicas. Estas necessidades incluem afeto, estima, pertença, identidade e segurança, e são satisfeitas através da ajuda emocional e instrumental, sendo que a primeira engloba a compensação, o afeto e a estima e a segunda, o aconselhamento, a informação e a assistência material (Thoits, 1982).

O conceito de suporte social e redes de apoio tem sido conceptualizado por diferentes autores. Segundo Canavarro (1999), constitui um processo interpessoal que pode produzir resultados positivos, diminuindo o grau de *stress* sentido e contribuindo para o bem-estar global do indivíduo. Desta forma, o suporte da rede de apoio é fundamental à família e ao indivíduo, quando confrontados com transições normativas (a transição da conjugalidade para a maternidade / paternidade) e não normativas no processo do ciclo de vida (Dessen & Braz, 2000). Todavia, é fundamental referir que a existência de uma rede social, não é sinónimo da existência efetiva de apoio (Guadalupe, 2010).

De acordo com Sluzki (2006), a rede social detém importante relevo, na medida em que influencia a autoimagem do indivíduo e é central para a experiência de identidade e competência, em particular na atenção à saúde e adaptação em situações de crise. Entende-se assim que um suporte social adequado nos períodos de uma gravidez de risco e puerpério favorece um maior controlo do ambiente e autonomia, fornecendo esperança, apoio e proteção à mulher (Coutinho, Baptista & Morais, 2002).

Esperança no processo gravídico de risco

Apesar do senso comum associar esperança ao processo gravídico (a expressão popular “estar de esperanças” como sinónimo de gravidez), a revisão da literatura não revelou estudos que abordassem a relação entre esperança e gravidez.

Já existem investigações que indicam que a esperança tem um potencial intencionado, quer para a terapêutica, quer para a cura, tornando-se assim essencial à mobilização de forças para o restabelecimento da saúde e de uma maior tranquilidade ao nível físico, psicológico e social, uma vez que é um preditor importante de saúde e de qualidade de vida (Pais Ribeiro, Pedro & Marques, 2008). Daí a sua presença poder ser fulcral na vivência de uma gravidez com um ou mais riscos associados.

A presente investigação versa precisamente o estudo da esperança no contexto da gravidez de risco, tendo como base a premissa que a vivência de uma gestação desta ordem é caracterizada por ser um processo complexo, dinâmico, subjetivo e diversificado. Trata-se de uma experiência única que acaba por se estender ao companheiro, família e sociedade (Zampieri, 2001), podendo contemplar três grandes tipos de risco (médico; psicológico ou social). Nestas situações, as grávidas (e as suas famílias) enfrentam desafios num contexto de instabilidade a diferentes níveis (afetivo, interpessoal, emocional, económico, entre outros), condições que a generalidade dos autores considera importantes para o desenvolvimento do sentimento esperançoso (Snyder, 1994 citado por Snyder et al., 2003; Snyder, Cheavens & Sympson, 1997 citado por Snyder et al., 2003). Neste sentido, torna-se relevante estudar e analisar, a atitude esperançosa por parte da mulher grávida e perceber se a vivência desta fase com esperança poderá estar comprometida no processo gravídico de risco.

Apesar da inexistência de estudos relacionados diretamente com a esperança e o risco gravídico, existem já outros estudos nacionais e internacionais que mostram a importância da esperança, tornando-se possível analisar a relevância que esta pode ter no campo da gravidez, mais propriamente da gravidez de risco. Ao nível internacional, foram já conduzidos estudos a fim de procurar analisar a existência de uma relação entre a esperança e a satisfação com a vida, o bem-estar psicológico e a depressão entre jovens adultos de ambos os sexos. Os autores concluíram que existe uma correlação positiva entre o nível de esperança e a satisfação com a vida. A mesma situação se verificou em relação ao nível de esperança e percepção de bem-estar psicológico (Voitkane, Miezite & Vanags, 2006). Deste modo, a percepção de um sentimento esperançoso pode ajudar a grávida, apesar de todas as adversidades, a encontrar

estratégias de *coping* e resiliência, para enfrentar os obstáculos encontrados e causados pela gravidez de risco (Voitkane, Mieзите & Vanags, 2006).

Em contrapartida, esta investigação indicou que a presença de problemas psicológicos, como a depressão, estava associada a valores de esperança mais reduzidos (Voitkane, Mieзите & Vanags, 2006). Pode-se assim hipotetizar que nas gravidezes de risco psicológico os níveis de esperança da mulher grávida possam ficar comprometidos, podendo influenciar negativamente a vivência desta fase.

Num outro estudo realizado a nível nacional, com uma amostra constituída por 176 sujeitos, entre os 18 e os 55 anos, de ambos os sexos, que pretendeu estudar a esperança e a sua relação com a satisfação com o suporte social, os resultados indicaram que existem relações positivas e significativas entre a esperança e a satisfação com o suporte social (Abreu, 2013).

Tendo por base estes resultados, é possível hipotetizar que na gravidez de risco social os níveis de esperança sejam inferiores. Esta hipótese remete para a relevância em proporcionar à grávida um bom acompanhamento médico, capaz de, não só atender a grávida nas necessidades físicas da gravidez, como facilitar o encaminhamento para serviços sociais e de psicologia. Este tipo de apoio focaria as lacunas ao nível do seu suporte social, o qual pode influenciar o sentimento de esperança.

Segundo outro estudo, realizado também no contexto português, onde se pretendeu explorar a associação entre variáveis familiares, particularmente a presença simultânea de múltiplos desafios, e os níveis de esperança das crianças, constatou-se que valores de esperança inferiores revelaram associações significativas com a existência de múltiplos desafios na família (desemprego, baixos rendimentos, presença de apoio institucional e escolaridade parental pobre), quando realizada comparação com o grupo de crianças que não enfrentam qualquer destes desafios familiares referenciados (Santos, 2012).

A esperança pode ser conceptualizada como uma atitude positiva, essencial e própria ao ser humano, capaz de o ajudar a viver e a conviver com as situações com que se depara no seu quotidiano. É principalmente em períodos agudos de *stress* e de adaptação às mudanças significativas, que o ser humano apela à esperança, pois a sua presença potencia, motiva, fortalece e capacita para lidar com estas vivências (Barros, 2009).

Deste modo, sendo uma gravidez de risco marcada por momentos de angústias, medos e incertezas, característicos das situações que têm de ser enfrentadas, o sentimento de esperança pode constituir um fator positivo para o enfrentamento bem-sucedido dos desafios por parte da grávida.

Objetivos

O presente estudo tem como objetivo geral analisar de que forma a vivência de risco na gravidez influencia o sentimento esperançoso da grávida através de um estudo quantitativo e transversal. Nesse sentido, foram definidos como objetivos específicos: comparação dos níveis de *esperança* e dos componentes “*caminhos*” e “*iniciativa*” na gravidez consoante determinadas variáveis individuais, familiares e profissionais e com a presença/ausência de múltiplos desafios; comparação dos níveis de esperança e seus componentes entre gravidezes normais e gravidezes sinalizadas com risco; analisar a presença/ausência de diferenças nos níveis de esperança consoante o tipo de risco identificado. Os resultados deste estudo poderão configurar um contributo, tanto ao nível da compreensão teórica da vivência da gravidez, como ao nível da intervenção em situações de risco gravídico.

Materiais e Métodos

Participantes

Neste estudo participaram 196 grávidas, com idades compreendidas entre os 18 e os 43 anos ($M=31,12$; $DP=5,162$) acompanhadas na Maternidade Bissaya Barreto, em Coimbra. As participantes podiam ser acompanhadas na consulta externa, unidade de intervenção precoce, no internamento e nas aulas de preparação para o parto da referida maternidade.

Como critérios de inclusão foram definidos idade mínima de 18 anos e ausência de patologia ou défice cognitivo que invalidasse a compreensão do instrumento de avaliação utilizado. Foi solicitado às participantes a assinatura do consentimento informado e o preenchimento de um inquérito sociodemográfico que permitiu obter informação gravídica, pessoal e familiar.

Procedimentos

Foi elaborado um pedido de recolha de dados à Unidade de Intervenção e Desenvolvimento (Centro de Ensaios Clínicos) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Depois de obtida autorização para proceder à recolha de dados nas instalações da Maternidade Bissaya Barreto, esta foi levada a cabo durante os meses de Junho e Julho de 2014. O *Questionário Sociodemográfico*, *Escala de Esperança no Futuro* e

Consentimento Informado foram distribuídos às grávidas nos serviços da maternidade acima referidos.

Os serviços onde decorreu a recolha de questionários foram selecionados com vista a compor uma amostra que simultaneamente apresentasse casos de gravidez sem risco (principalmente através da recolha na consulta externa) e com risco sinalizado (Unidade de Intervenção Precoce e internamento).

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

No sentido de recolher informação relativa à situação gravídica, pessoal e familiar de cada uma das grávidas, foi elaborado um questionário sociodemográfico contendo questões relacionadas com o tipo de gravidez, risco da gravidez, idade, habilitações literárias, profissão, estado civil, agregado familiar, situação face ao emprego, rendimentos mensais, existência ou não de apoio institucional) e prática religiosa (cf. Apêndice V). O inquérito permitiu caracterizar a amostra considerando as seguintes dimensões:

1. Gravidez e vivência de risco: tipo de gravidez (planeada/desejada; acidental), risco na gravidez (ausência de risco; gravidez com risco), tipo de risco (ausência de risco; risco médico; risco psicossocial; mais do que um risco), primeira gravidez (sim; não), número de gravidezes anteriores (uma; duas; três; 4 ou mais).
2. Caracterização individual e familiar: habilitações literárias (2º ou 3º CEB; Ensino Secundário; Ensino Superior), idade, estado civil (solteira; casada; união de facto; separada), agregado familiar (presença/ausência de cônjuge), prática religiosa (sim; não), religião (católica; outra; nenhuma), regime profissional (fixo; por turnos; ambos), número de horas de trabalho semanais (24h; 32h; 40h; outro); rendimento familiar mensal (até 500€; de 500€ a 1000€; de 1000€ a 2000€; mais de 2000€).
3. Apoio institucional: usufrui de apoios institucionais (sim; não), tipo de apoio institucional (alimentar; psicológico; RSI; outros; 2 ou mais apoios), percepção de apoio familiar ou de amigos (sim; não).

Escala da Esperança Para Adultos (Escala de Futuro)

A “*Escala da Esperança Para Adultos (Escala de Futuro)*” foi desenvolvida por Snyder e colegas (1991) e adaptada para Portugal por Ribeiro, Pedro e Marques (2006). Trata-se de uma escala constituída por doze itens, apresentados na forma de afirmação, em que quatro medem a componente *caminhos* (1, 4, 6 e 8), quatro avaliam a componente *iniciativa* (2, 9, 10 e 12) e os restantes quatro funcionam como distractores (3, 5, 7 e 11). Estes itens são respondidos numa escala do tipo likert de 8 pontos: 1. totalmente falsa; 2. quase totalmente falsa; 3. em parte falsa; 4. ligeiramente falsa; 5. ligeiramente verdadeira; 6. em grande parte verdadeira; 7. quase totalmente verdadeira; 8. totalmente verdadeira (Snyder et al., 1991).

Os itens da subescala *caminhos* avaliam a procura de formas de alcançar objetivos, quer em situações quotidianas, quer em situações adversas (“*Consigo pensar em muitas maneiras de me livrar de enrascadas*”; “*Qualquer problema tem muitas soluções*”; “*Consigo pensar em muitas maneiras para alcançar as coisas da vida que são importantes para mim*”; “*Mesmo quando os outros perdem a coragem, eu sei que consigo encontrar uma maneira de resolver o problema*”) (Snyder et al., 1991).

Os itens da componente *iniciativa* estão relacionados com o presente e o futuro, evidenciando a sensação de determinação triunfante (ou vencedora) sobre a consecução de objetivos pessoais (“*Persigo os meus objetivos com muita energia*”; “*A minha experiência de vida preparou-me para o futuro*”; “*Tenho tido bastante sucesso na vida*”; “*Alcanço os objetivos que defini para mim própria*”) (Snyder et al., 1991).

Os itens distractores assumem nesta escala um papel neutro (“*Sinto-me cansada a maior parte do tempo*”; “*Vou-me abaixo facilmente com uma discussão*”; “*Preocupo-me com a minha saúde*”; “*Normalmente ando preocupada com alguma coisa*”) (Snyder et al., 1991).

Aquando da aplicação da escala foi pedido às grávidas que imaginem a maioria das situações e que assinalem a afirmação que melhor se identifica com elas numa escala de 8 pontos. Os resultados podem variar de 8 a 64 pontos, correspondendo valores mais elevados a níveis de esperança mais elevadas (Snyder et al., 1991). Cada uma das subescalas, *caminhos* e *iniciativa*, tem uma pontuação que varia de 4 a 32 pontos, com os valores mais elevados a indicar níveis mais elevados nestes fatores (Snyder et al., 1991).

Análise Estatística

Para a realização deste trabalho recorreu-se ao *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 20.0. De forma a proceder à caracterização da amostra foram determinadas estatísticas descritivas. Calcularam-se medidas de tendência central e de dispersão.

De modo a determinar a possibilidade de utilização de estatísticas paramétricas, realizaram-se testes (Kolmogorov-Smirnov e Levene) no sentido de verificar se os pressupostos para a sua utilização se encontravam verificados. Relativamente aos testes de normalidade (testes de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors), verificou-se que as pontuações obtidas na escala da *esperança* ($K-S=1,368$; $p=0,030$) e na subescala *iniciativa* ($K-S=1,448$; $p=0,030$) não apresentavam uma distribuição normal. Esta situação é frequente e não conduz a perda de robustez nos testes paramétricos desde que o número de indivíduos da amostra em estudo seja superior a 30 (Pestana & Gageiro, 2005). Relativamente à pontuação na dimensão *caminhos* verifica-se uma distribuição normal ($K-S=1,249$; $p=0,088$). No que diz respeito à homogeneidade de variâncias entre grupos de variáveis categorizadas, e por análise dos resultados dos correspondentes testes de Levene, constatou-se que a mesma é verificada em todas as circunstâncias. Por este motivo, sempre que foi possível, foram conduzidos testes paramétricos *t* de Student. Quando algum motivo particular o justificou, nomeadamente a dimensão dos grupos ser inferior a 30, utilizaram-se testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Por forma a explorar a presença de possíveis associações entre os valores da *esperança*, *iniciativa* e *caminhos* e algumas variáveis sociodemográficas recorreu-se ao coeficiente de correlação, não paramétrico, Rho de Spearman.

A consistência interna da *escala da esperança* foi determinada recorrendo ao Alpha de Cronbach, tendo-se obtido um valor de 0,850, revelador de excelentes qualidades psicométricas.

Resultados

Análise fatorial da escala

Os 12 itens da Escala da Esperança no futuro foram submetidos a uma análise de componentes principais (ACP), tendo-se previamente procedido a uma avaliação da adequação dos dados para análise dos fatores.

A análise da matriz de correlação revelou a presença de vários coeficientes com valores iguais ou superiores a 0,3. O valor do índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0,887 excedeu o mínimo recomendado de 0,6 (Kaiser, 1970, 1974, cit. por Marôco, 2011) e o teste de esfericidade de Barlett (Barlett, 1954, cit. por Marôco, 2011) revelou significância estatística ($p < 0,05$), confirmando a fatorabilidade da matriz de correlações. A análise das componentes principais revelou a presença de uma única componente com *eigenvalue* superior a 1, explicando 50,03% da variância. Obteve-se ainda uma segunda componente, com um *eigenvalue* de 0,860 que explica 10,76% da variância. Apesar do segundo valor não ser superior a 1, optou-se por manter as duas componentes, que juntas explicam 60,79% da variância total, o que vai de encontro à estrutura prévia da escala.

De seguida realizou-se uma rotação Oblimin, cuja solução revelou a presença de uma estrutura simples com duas componentes que revelam o valor das cargas de cada um dos fatores que lhe dizem respeito (Tabela 1).

Tabela 1. *Itens e respetiva carga fatorial da escala de esperança no futuro para adultos – análise das componentes principais com recurso à rotação Oblimin, forçada a dois fatores, regra de Kaiser.*

Escala – Itens	Carga Fatorial	
	Caminhos	Iniciativa
1. Consigo pensar em muitas maneiras de me livrar de enrascadas.	0,69	
2. Persigo os meus objetivos com muita energia.		0,29
4. Qualquer problema tem muitas soluções.	0,31	
6. Consigo pensar em muitas maneiras para alcançar as coisas da vida que são importantes para mim.	0,81	
8. Mesmo quando os outros perdem a coragem, eu sei que consigo encontrar uma maneira de resolver o problema.	0,77	
9. A minha experiência de vida preparou-me para o futuro.		0,33
10. Tenho tido bastante sucesso na vida.		0,60
12. Alcanço os objetivos que defini para mim própria.		0,61
Variância total explicada (60,79%)	50,03%	10,76%

Consistência interna e correlações entre dimensões

A consistência interna permite averiguar a existência ou não de variabilidade das respostas dos diferentes participantes, permitindo assim perceber uma possível

correlação entre a escala usada e outras escalas, constituídas pelo mesmo número de itens e que avaliem o mesmo constructo. Com este objetivo, determinam-se as médias das correlações existentes entre cada um dos itens da escala, o que contribui para o cálculo do coeficiente Alpha de Cronbach. Este deve apresentar valores acima de 0,80 sendo considerados aceitáveis, índices superiores a 0,60 (Pestana & Gageiro, 2005).

Em relação ao presente estudo, os valores de Alpha obtidos foram de 0,78 e 0,72 para as componentes *iniciativa* e *caminhos*, respectivamente, e de 0,85 para a escala global. Na versão original, e para as diferentes amostras, os autores encontraram valores entre 0,74 e 0,84 para a escala total, entre 0,71 e 0,76 para a subescala *iniciativa* e entre 0,63 e 0,80 para a dimensão *caminhos* (Morais, Mascarenhas & Pais Ribeiro, 2011).

De acordo com os resultados das cargas fatoriais apresentados na Tabela 1, e no que se refere à componente *iniciativa*, a carga fatorial encontra-se entre 0,29 e 0,61 sendo os correspondentes valores para a componente *caminhos* de 0,31 a 0,81. O valor da correlação entre as duas componentes da escala é de 0,42 (Morais, Mascarenhas & Pais Ribeiro, 2011).

Análise descritiva, comparativa e correlacional

As grávidas que participaram neste estudo apresentam um nível médio de *esperança* de 48,53 (DP=7,422; Min=22; Max=64; n=196). No que respeita à componente *iniciativa*, o valor médio obtido foi de 24,29 (DP=3,970; Min=8; Max=32; n=196) e na componente *caminhos* a média situou-se nos 24,02 (DP=4,047; Min=11; Max=32; n=196).

Características individuais e esperança

A média etária das participantes neste estudo foi de 31,12 anos (DP=5,162; Min=18; Max=43; n=196). A análise dos resultados obtidos para a correlação Rho de Spearman entre idade e *esperança* ($\rho=-0,006$; $p=0,934$), *iniciativa* ($\rho=0,026$; $p=0,722$) e *caminhos* ($\rho=-0,036$; $p=0,620$), indicam que as mesmas não são significativas do ponto de vista estatístico.

A escolaridade das participantes foi categorizada segundo as suas habilitações académicas (“2º/3º CEB” para grávidas que concluíram no máximo o terceiro ciclo do ensino básico; “Secundário” para as grávidas que frequentaram o ensino secundário e “Superior” para as grávidas que frequentaram o ensino superior). Verificou-se que a maioria das participantes frequentou o ensino superior (n=111; 56,6%), seguindo-se o

ensino secundário (n=51; 26,0%) e, por último, 17,3% (n=34) frequentou o 2º ou 3º ciclo do ensino básico.

A análise dos resultados obtidos para a correlação Rho de Spearman em relação à *esperança* ($\rho=0,241$; $p=0,001$), *iniciativa* ($\rho=0,294$; $p=0,000$) e *caminhos* ($\rho=0,149$; $p=0,037$), indicam que as mesmas são significativas do ponto de vista estatístico. Deste modo, foi possível identificar uma relação positiva e significativa entre a escolaridade das participantes e os seus níveis de *esperança*, *iniciativa* e *caminhos*.

Em relação à religiosidade das participantes, constatou-se que 158 (80,6%) se descrevem como Católicas, 3 (1,5%) afirmaram ter outra religião e 35 (17,9%) não ter qualquer religião. Quando questionadas relativamente à sua prática regular, 75 (38,27%) responderam afirmativamente à questão, sendo que 61,73% (n=121) das grávidas respondeu não praticar com regularidade. Não foram encontradas diferenças significativas nos valores da *esperança* ($t(194)=0,343$; $p=0,732$), *iniciativa* ($t(194)=0,698$; $p=0,486$) e fator *caminhos* ($t(194)=-0,055$; $p=0,956$) entre os dois grupos (praticantes e não praticantes).

Tabela 2. *Esperança segundo a idade, escolaridade e prática religiosa das participantes: Médias e Coeficiente de correlação Rho de Spearman.*

		Esperança			Iniciativa		Caminhos	
		N	M (DP)	Rho	M (DP)	RHO	M (DP)	Rho
<i>Idade</i>	(M=31,12; DP=5,162)	196	48,53(7,42)	-0,006	24,29(3,97)	0,026	24,02(4,05)	-0,036
<i>Escolaridade</i>	2º ou 3º CEB	34	46,06(8,41)	0,241**	22,85(4,52)	0,294**	23,21(23,00)	0,149*
	Secundário	51	46,78(7,46)		23,41(3,84)		23,37(4,21)	
	Superior	111	50,06(6,74)		25,50(3,57)		24,57(3,69)	
		N	M (DP)	t	M (DP)	t	M (DP)	t
<i>Prática Religiosa</i>	Sim	75	48,75(7,07)	0,343	24,75(3,43)	0,698	24,00(4,25)	-0,055
	Não	121	48,37(7,66)		24,34(4,28)		24,03(3,94)	

Notas: M = média; DP = desvio-padrão; * $p<0,05$; ** $p<0,01$

Características sociofamiliares e esperança

Foram analisados fatores relacionados com as condições familiares de cada uma das grávidas, como o estado civil, o agregado familiar e os rendimentos familiares mensais das grávidas (cf. Tabela 3).

Verificou-se que a maioria das inquiridas (n=98; 50,0%) é casada, seguindo-se as que vivem em união de facto (n=52; 26,5%). Quarenta e três grávidas (21,9%) são solteiras, 2 estão separadas (1%) e 1 (0,5%) divorciada. Desenvolveram-se testes de *Kruskal-Wallis* no sentido de detectar diferenças significativas nos níveis de *esperança*, *iniciativa* e *caminhos* das grávidas consoante o seu estado civil. Apenas foram observadas estas diferenças relativamente ao fator *iniciativa* ($\chi^2_{KW}(3, n = 194) = 8,226$; $p=0,042$), não tendo sido observadas diferenças significativas, nem na pontuação da subescala *caminhos* ($\chi^2_{KW}(3, n = 194) = 4,910$; $p=0,179$), nem na pontuação total da *esperança* ($\chi^2_{KW}(3, n = 194) = 7,711$; $p=0,052$) (embora esta última esteja no limiar da significância estatística). O agregado familiar das grávidas participantes foi caracterizado considerando dois grupos: grávidas que vivem com cônjuge (n=184; 93,9%) e que vivem sem cônjuge (n=12; 6,1%). Constatou-se a presença de diferenças estatisticamente significativas nas médias do fator *iniciativa* ($t(194)=3,304$; $p=0,001$) e na *esperança* ($t(194)=2,238$; $p=0,026$), não se verificando no fator *caminhos* ($t(194)=0,901$; $p=0,369$). As grávidas que vivem com cônjuge apresentam valores médios na *escala de esperança* e na subescala *iniciativa* superiores.

Os resultados dos testes estatísticos realizados permitiram constatar a presença de diferenças estatisticamente significativas nas médias do fator *iniciativa* ($t(194)=2,271$; $p=0,024$), com as grávidas que vivem com o pai da criança a apresentarem valores superiores, não se registando diferenças significativas, nem na *esperança* ($t(194)=1,661$; $p=0,098$), nem no fator *caminhos* ($t(194)=0,827$; $p=0,409$). Foram ainda analisados os rendimentos familiares mensais das participantes: 9,8% (n=19) das grávidas possui um rendimento familiar mensal inferior ou igual a 500€; 34,0% (n=66) assinalam um rendimento mensal entre 500€ e 1000€; 43,3% (n=84) afirmou que o seu rendimento familiar mensal é de 1000€ a 2000€; 12,9% (n=25) afirmou ter um rendimento familiar mensal superior a 2000€. De modo a verificar uma possível relação entre o rendimento familiar mensal e os valores de *esperança* no futuro e respectivas subescalas, determinaram-se coeficientes de correlação Rho de Spearman. Verificaram-se associações positivas e significativas do ponto de vista estatístico desta variável com os níveis de *iniciativa* ($\rho=0,232$; $p=0,001$) e de *esperança* ($\rho=0,164$; $p=0,022$) (quanto maiores os rendimentos familiares, maiores os valores de *esperança* e *iniciativa*). Não se verificaram associações relevantes do ponto de vista estatístico entre os rendimentos e o fator *caminhos* ($\rho=0,065$; $p=0,369$).

Tabela 3. Esperança segundo o agregado familiar, a residência com o pai da criança e o rendimento familiar mensal: Médias, teste t de Student, e coeficiente de correlação Rho de Spearman.

		Esperança			Iniciativa		Caminhos	
		n	M (DP)	χ^2	M (DP)	χ^2	M (DP)	χ^2
Estado Civil	Casada	98	49,23(7,44)	7,711	24,84(3,78)	8,226*	24,40(4,12)	4,910
	União de Facto	52	49,29(6,24)		25,23(3,19)		24,06(3,79)	
	Solteira	43	46,12(8,26)		23,12(4,15)		23,00(4,79)	
	Separada/Divorciada	3	57,00(0,00)		28,00(0,00)		29,00(0,00)	
		n	M (DP)	t	M (DP)	t	M (DP)	t
Agregado familiar	C/ cônjuge	184	48,82(7,04)	2,238*	24,73(3,68)	3,304*	24,09(3,97)	0,901
	S/ Cônjuge	12	43,92(11,35)		20,42(6,29)		23,00(5,24)	
		n	M (DP)	Rho	M (DP)	Rho	M (DP)	Rho
Rendimento mensal	Inf. a 500€	19	45,79(9,47)	0,164*	22,05(5,45)	0,232**	23,74(4,37)	0,065
	500€ - 1000€	66	47,64(6,90)		23,92(3,62)		23,71(4,06)	
	1000€ - 2000€	84	49,77(6,84)		25,32(3,51)		24,25(3,85)	
	Sup. a 2000€	25	48,88(8,08)		25,08(4,39)		23,80(4,58)	

Notas: M = média; DP = desvio-padrão; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Características socioprofissionais e esperança

Neste estudo foram analisadas as variáveis situação profissional, regime profissional e número de horas de trabalho semanais (cf. Tabela 4).

Constatou-se que a maior parte das grávidas incluídas neste estudo estão empregadas (n=138; 70,4%), ainda que uma percentagem razoável esteja desempregada (n=58; 29,6%). Realizaram-se testes t de Student no sentido de detectar possíveis diferenças significativas na esperança em relação ao futuro entre os grupos “empregada” e “desempregada”, constatando-se que essas diferenças apenas são significativas na dimensão *caminhos* ($t(194)=3,259$; $p=0,001$), com valores médios superiores nas grávidas empregadas.

Considerando apenas as grávidas que estão empregadas, verificou-se que 79,0% (n=109) apresentam um trabalho fixo, 13,8% (n=16) trabalham por turnos e 7,2% (n=10) exercem uma atividade que envolve os dois regimes profissionais. Por forma a analisar os níveis de esperança entre estes grupos, desenvolveram-se testes de *Kruskal-Wallis* que revelaram não existirem diferenças significativas nos níveis médios de *esperança* ($\chi^2_{KW}(2, n = 196) = 1,074$; $p=0,584$), *iniciativa* ($\chi^2_{KW}(2, n = 196) = 0,504$; $p=0,777$) e *caminhos* ($\chi^2_{KW}(2, n = 196) = 2,172$; $p=0,338$).

Foi ainda estudada a variável número de horas de trabalho semanais para as grávidas empregadas. Constatou-se que a maior parte das grávidas trabalha 40 horas por semana (n=99; 71,7%), 2,2% trabalha 24 horas (n=3) e também 32 horas por semana (n=3). 33 grávidas (23,9%) trabalham semanalmente outro número de horas.

Desenvolveram-se testes de *Kruskall-Wallis* no sentido de determinar possíveis diferenças, relevantes do ponto de vista estatístico, nos níveis de esperança registados por cada um destes subgrupos de grávidas. Constatou-se que essas diferenças não são significativas do ponto de vista estatístico (*esperança*: $(\chi^2_{KW}(3, n = 196) = 6,000; p=0,112)$; *iniciativa*: $(\chi^2_{KW}(3, n = 196) = 6,715; p=0,082)$; *caminhos*: $(\chi^2_{KW}(2, n = 196) = 4,813; p=0,186)$).

Tabela 4. *Esperança segundo a situação profissional, o regime profissional e o número de horas de trabalho semanais: Médias, teste t de Student e teste de Kruskal-Wallis.*

		Esperança			Iniciativa		Caminhos	
		N	M (DP)	t	M (DP)	t	M (DP)	t
<i>Empregada</i>	Sim	138	49,05(7,28)	1,564	25,08(3,63)	-0,263	23,97(4,15)	3,259**
	Não	58	47,24(7,66)		23,10(4,42)		24,14(3,82)	
		N	M (DP)	χ^2	M (DP)	χ^2	M (DP)	χ^2
<i>Regime profissional</i>	Fixo	109	48,74(7,47)	1,074	24,96(3,82)	0,504	23,78(4,17)	2,172
	Por turnos	19	50,11(7,39)		25,26(3,12)		24,84(7,39)	
	Ambos	10	50,40(4,77)		26,00(2,16)		24,20(3,17)	
<i>Número de horas</i>	24 horas	3	53,33(5,13)	6,000	27,00(4,36)	6,715	26,33(3,06)	4,813
	32 horas	3	55,33(3,06)		28,33(1,53)		27,00(1,73)	
	40 horas	99	48,19(7,91)		24,66(3,86)		23,54(4,52)	
	Outro	33	50,67(4,81)		25,88(2,60)		24,79(2,79)	

Notas: M = média; DP = desvio-padrão; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Apoios institucionais, informais e esperança

Analisaram-se os fatores relacionados com os apoios, institucionais ou não, a que as grávidas que participaram no estudo têm acesso. Foram consideradas as variáveis que dizem respeito a usufruir ou não de apoios institucionais e, no caso de tal acontecer, com que tipo de apoio as participantes podem contar. Foi ainda analisada uma variável que se relaciona com a percepção de apoio por parte da família e amigos (cf. Tabela 5).

Verificou-se que a maior parte das grávidas que participaram no estudo não usufruiu de qualquer tipo de apoio institucional (n=176; 89,8%), registando-se 20 (10,2%) situações que necessitam de apoio, incluindo: apoio alimentar (n=3; 15,8%), psicossocial (n=8;

42,1%), RSI (n=4; 21,1%) ou outro tipo de apoio (n=1; 5,2%). Existem ainda duas grávidas (10,5%) que necessitam de 2 ou mais apoios (n=3; 15,8%). No que respeita ao apoio familiar e/ou de amigos, verificou-se que a generalidade das grávidas conta com ele (n=192; 98,0%), registando-se apenas 4 casos (2,0%) que referem não o ter.

Por forma a determinar a possível existência de diferenças estatisticamente significativas nos valores da esperança e respectivas subescalas em relação à existência de apoios institucionais e de familiares e/ou amigos, desenvolveram-se testes *U de Mann-Whitney*, que permitiram identificar diferenças significativas no valor médio da escala *esperança* ($U=1131,500$; $p=0,009$) e no fator *iniciativa* ($U=1175,500$; $p=0,015$) entre as grávidas que usufruem de apoios institucionais e aquelas que não usufruem. Deste modo, as grávidas que usufruem de apoios institucionais apresentam valores médios de *esperança* inferiores relativamente às que não usufruem de qualquer apoio institucional. O mesmo se verifica em relação ao fator *iniciativa*. Em relação à dimensão *caminhos* ($U=1306,500$; $p=0,058$), as diferenças não são estatisticamente significativas (embora os valores se situem muito próximo da significância estatística). No que se refere ao apoio familiar e/ou de amigos, as diferenças não são significativas do ponto de vista estatístico (*esperança*: $U=265,500$; $p=0,290$; *iniciativa*: $U=356,000$; $p=0,802$; *caminhos*: $U=359,000$; $p=0,824$).

Tabela 5. *Esperança segundo a existência de apoios institucionais, familiares ou de amigos e tipo de apoios: Médias, e teste U de Mann-Whitney.*

		Esperança			Iniciativa		Caminhos	
		N	M (DP)	U	M (DP)	U	M (DP)	U
Apoio Institucional	Sim	20	44,65(8,65)	1175,500*	22,15(4,71)	1130,500**	22,50(4,35)	1306,500
	Não	176	48,95(7,17)		24,76(3,80)		24,19(3,99)	
Apoio família/amigos	Sim	192	48,48(7,48)	265,500	24,50(3,99)	356,000	23,98(4,08)	359,000
	Não	4	49,00(3,46)		24,25(3,30)		26,00(1,50)	

Notas: M = média; DP = desvio-padrão; * $p<0,05$; ** $p<0,01$

Desafios e esperança

Tendo em conta a revisão da literatura, que aponta para uma relação entre desafios que o indivíduo enfrenta e esperança, foi analisado o impacto que as mesmas podem deter na amostra estudada. Foram considerados os seguintes desafios: rendimento mensal inferior a 500€ (n=19; 9,8%); estar desempregada (n=58; 29,6%); não viver com o pai da criança (n=12; 6,1%); usufruir de pelo menos um apoio institucional (como indicador proximal da presença de um desafio) (n=20; 10,2%). A variável “desafios” foi categorizada considerando 3 grupos: 1) grávidas que não enfrentam qualquer um destes desafios; 2) as que enfrentam um destes desafios; 3) as que enfrentam dois ou mais destes desafios. Verificou-se que 123 grávidas (62,8%) não enfrentam qualquer desafio, 49 (25%) enfrentam um desafio e 24 (12,2%) enfrentam mais do que um desafio.

Verificaram-se diferenças significativas do ponto de vista estatístico na pontuação total da escala ($\chi^2_{KW}(2, n = 196) = 7,985; p=0,018$) e na dimensão *iniciativa* ($\chi^2_{KW}(2, n = 196) = 14,258; p=0,001$). Não se registaram, no entanto, diferenças significativas na pontuação da dimensão *caminhos* ($\chi^2_{KW}(3, n = 196) = 2,793; p=0,247$).

Tabela 6. *Esperança segundo o número de desafios enfrentados pelas grávidas: Médias, teste de Kruskal-Wallis.*

		Esperança			Iniciativa		Caminhos	
		N	M (DP)	χ^2	M (DP)	χ^2	M (DP)	χ^2
<i>Desafios</i>	Nenhum	123	49,42(7,07)	7,985*	25,28(3,54)	14,258**	24,14(4,07)	2,793
	Um	49	47,96(6,99)		23,76(3,63)		24,20(3,95)	
	Mais do que um	24	45,00(9,06)		21,96(5,34)		23,04(4,18)	

Notas: M = média; DP = desvio-padrão; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

No que diz respeito à pontuação total da escala, as comparações múltiplas indicaram que as diferenças se registam entre as grávidas que não enfrentaram qualquer desafio e as que apresentaram mais do que um dos desafios considerados (MD=4,423; $p=0,020$). Em relação à dimensão *iniciativa*, as diferenças estatisticamente significativas encontram-se entre as grávidas que não enfrentam nenhum desafio e entre as que apresentam um (MD=1,529; $p=0,049$) ou mais do que um desafio (MD=3,326; $p=0,000$).

Gravidez, risco e esperança

Tendo em consideração os objetivos principais do presente estudo, foram analisados os seguintes fatores relacionados com a gravidez (cf. Tabela 7): tipo de gravidez (planeada/desejada vs. acidental), risco na gravidez (presença vs. ausência), tipo de risco (médico, psicológico, social, múltiplos riscos), primeira gravidez e número de gravidezes anteriores.

Verificou-se que a maior parte das grávidas que participaram no estudo desejaram ou planejaram a gravidez (n=158; 80,6%) sendo que 19,4% (n=38) referiu uma gravidez acidental. Os resultados dos testes estatísticos realizados evidenciaram a presença de diferenças estatisticamente significativas em todos os fatores da esperança considerados, com as grávidas que planejaram/desejaram a gravidez a apresentar níveis de esperança e das subescalas superiores às que classificaram a sua gravidez de acidental.

Tabela 7. *Esperança segundo o tipo de gravidez, o risco da gravidez, o tipo de risco e o número de gravidezes: Médias, teste t de Student, teste de Kruskal-Wallis e coeficiente de correlação Rho de Spearman.*

		Esperança			Iniciativa		Caminhos	
		N	M (DP)	t	M (DP)	t	M (DP)	t
<i>Tipo de Gravidez</i>	Planeada	158	49,28(7,20)	2,995**	24,95(3,65)	3,353**	24,33(4,12)	2,199*
	Acidental	38	45,34(7,57)		22,61(4,71)		22,74(3,50)	
<i>Risco na Gravidez</i>	Sim	97	47,66(7,91)	1,604	23,80(4,22)	2,442*	23,86(4,23)	0,563
	Não	99	49,35(6,85)		25,17(3,60)		24,18(3,88)	
		N	M (DP)	χ^2	M (DP)	χ^2	M (DP)	χ^2
<i>Tipo de Risco</i>	Médico	28	48,29(7,10)	0,908	24,21(3,43)	1,186	24,07(4,06)	1,369
	Psicológico	23	47,61(7,06)		24,26(3,74)		23,35(3,92)	
	Social	15	49,53(7,69)		24,33(4,48)		25,20(3,67)	
	2 ou mais	31	46,23(9,31)		22,84(5,03)		23,39(4,84)	
<i>Primeira Gravidez</i>	Sim	113	46,78(7,54)	0,569	24,60(4,21)	0,420	24,18(3,95)	0,631
	Não	83	48,17(7,29)		24,36(3,65)		23,81(4,18)	
		N	M (DP)	Rho	M (DP)	Rho	M (DP)	Rho
<i>Nº de gravidezes</i>	Uma	60	48,38(6,93)	-0,003	24,38(3,53)	0,036	24,00(3,98)	-0,045
	Duas	10	47,60(6,69)		24,20(4,21)		23,40(2,88)	
	Três	7	47,14(8,55)		24,14(4,06)		23,00(4,83)	
	4 ou mais	6	48,83(11,81)		25,17(4,40)		23,67(7,69)	

Notas: M = média; DP = desvio-padrão; *p<0,05; **p<0,01

Quanto à presença/ausência de risco, 50,5% (n=99) das inquiridas revelaram ausência de risco e 49,5% (n=97) a presença de algum tipo de risco. Verificaram-se diferenças significativas na subescala *iniciativa* ($t(194)=2,442$; $p=0,016$) com as participantes cuja gravidez não representa qualquer tipo de risco a apresentarem valores médios mais elevados. Não se encontraram diferenças significativas nos níveis de *esperança* ($t(194)=1,604$; $p=0,110$) nem no fator *caminhos* ($t(194)=0,563$; $p=0,574$).

Em relação ao tipo de risco, foram consideradas separadamente as grávidas que apresentam risco médico (n=28; 14,3%), risco psicológico (n=23; 11,7%), risco social (n=15; 7,7%) e dois ou mais riscos (n=31; 15,8%). Realizou-se um teste de Kruskal-Wallis com o objetivo de determinar possíveis diferenças nos níveis medianos da escala e subescalas consideradas entre cada um destes grupos. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no nível de *esperança* ($\chi^2_{KW}(3, n = 97) = 0,908$; $p=0,844$), *iniciativa* ($\chi^2_{KW}(3, n = 97) = 1,186$; $p=0,756$) e *caminhos* ($\chi^2_{KW}(3, n = 97) = 1,369$; $p=0,713$).

Na amostra estudada, 57,1% (n=113) das inquiridas referiu ser esta a sua primeira gravidez e 83 participantes (42,9%) terem estado grávidas pelo menos mais uma vez, assim, 60 participantes (72,3%) estiveram grávidas mais uma vez, 10 participantes (12,0%) tiveram mais duas gravidezes anteriores, 7 grávidas (8,4%) tiveram três gravidezes anteriores e 6 inquiridas tiveram quatro ou mais gravidezes (7,2%). Realizou-se um teste *t* de Student por forma a verificar se as pontuações na escala e respectivas dimensões diferem significativamente entre as participantes para quem esta é a primeira gravidez e aquelas que referenciaram gravidezes anteriores. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, nem na pontuação da escala da *esperança* ($t(194)=0,569$; $p=0,570$), nem nos fatores *iniciativa* ($t(194)=0,420$; $p=0,675$) e *caminhos* ($t(194)=0,631$; $p=0,529$). Ainda assim, determinou-se o coeficiente de correlação Rho de Spearman com o intuito de verificar uma possível relação entre o número de gravidezes anteriores a esta e as pontuações obtidas na escala e subescalas em estudo. Não se verificaram correlações significativas, do ponto de vista estatístico com as pontuações da escala da *esperança* ($\rho=-0,003$; $p=0,979$), nem com as dimensões *iniciativa* ($\rho=0,036$; $p=0,750$) e *caminhos* ($\rho=-0,045$; $p=0,687$).

Discussão

Tendo em consideração os objetivos do presente estudo, a relação entre risco na gravidez e esperança, os dados indicam diferenças na *esperança* consoante a presença ou ausência de risco na gravidez, mas ausência de diferenças nos níveis de *esperança* consoante o tipo de risco (médico, psicológico ou social).

Por outro lado, verificou-se que existem diferenças nos níveis de *esperança* consoante a gravidez foi planeada ou acidental e consoante a presença de desafios na vida das grávidas.

Outros resultados significativos do presente estudo incluem a importância do emprego para a subescala *caminhos*; a importância dos rendimentos para a *esperança* e subescala *iniciativa*; a importância da presença do cônjuge para a *esperança e iniciativa* e ainda a relevância da escolaridade. Abordaremos agora, em maior pormenor, os resultados encontrados, começando por destacar as variáveis sociodemográficas, profissionais e familiares.

Relativamente à variável idade, esta não apresentou uma relação com os níveis de *esperança, iniciativa e caminhos* das grávidas. Tal vai ao encontro de um estudo realizado por Creamer e colaboradores (2009), em sobreviventes com lesões, onde não se verificaram relações significativas entre a variável idade e a *esperança*. Este estudo revelou que a *esperança* apresenta relação com as variáveis sobre as quais existe algum controle pessoal, o que não acontece com as variáveis incontroláveis, como é o caso da idade. Por outro lado, existem estudos relacionados com a influência da idade na gravidez, que indicam que a idade da grávida não influencia o seu autoconceito (Siveira & Ferreira, 2011). Assim, os resultados obtidos no presente estudo sugerem que os níveis de *esperança* da mulher que se encontra a vivenciar uma gravidez (com ou sem risco) não parecem estar relacionados com a sua idade, mas com outras variáveis sociodemográficas e psicossociais.

Relativamente à escolaridade das participantes, os resultados indicam que há uma relação entre a escolaridade e os níveis de *esperança, iniciativa e caminhos*. Verificaram-se valores mais elevados na escala da *esperança* em grávidas que possuem maiores níveis de escolaridade. Tais resultados vão ao encontro de investigações realizadas sobre a *esperança* no domínio escolar, que revelaram que os estudantes com elevada *esperança* tendem a realizar atribuições adaptativas (de esforço e ênfase nas estratégias), não subvalorizando as suas capacidades quando “falham” e impedindo que

os insucessos afetem o seu sentimento de amor-próprio (Snyder, Lopez, Shorey, Rand & Fieldman, 2003). A escolaridade poderá assim ser um indicador relevante quando se considera uma gravidez de risco, sendo que maiores níveis de escolaridade indiciam que a pessoa não desistiu/desanimou perante os desafios/insucessos que a progressão académica necessariamente comporta.

No que concerne à variável religião, nomeadamente à prática religiosa regular, verificou-se que não existem diferenças significativas, nem nos valores da *esperança*, nem na pontuação dos fatores *iniciativa e caminhos*, por parte dos dois grupos considerados. Estes resultados não vão ao encontro doutros estudos sobre religião e esperança, que acabam por mostrar a existência de relações significativas entre a esperança e a espiritualidade no que respeita ao funcionamento positivo dos indivíduos, apresentando resultados ao nível da autoestima, do bem-estar, resiliência, satisfação com a vida e saúde mental (Marques; Pais-Ribeiro & Lopez, 2011). No entanto, apesar da inexistência de diferenças significativas neste estudo, este fator deverá merecer atenção em investigações futuras (por exemplo, através de uma operacionalização diferente), pois a espiritualidade pode ajudar a grávida de risco a encontrar sentido e significado para todas as alterações que emergem num curto espaço de tempo, podendo contribuir para a tranquilização de alguns medos e angústias, nomeadamente, perante a presença do risco (Teixeira & Lefère, 2008).

Relativamente ao tipo de gravidez (desejada/planeada ou acidental), os resultados evidenciaram a presença de diferenças, relevantes do ponto de vista estatístico, em todos os fatores considerados. Assim, quando comparadas com as participantes que assinalaram o acaso ao engravidarem, as grávidas que desejaram ou planearam a sua gravidez apresentam maior pontuação média em todos os fatores. Considerando que a gravidez encerra profundas alterações e reestruturações, tanto ao nível físico, como ao nível das estruturas internas e auto-percepções, e das relações com os outros (Meireles & Costa, 2003; Raphael-Leff, 1997 citado por Silveira & Ferreira, 2011; Oliveira, 2002), decorre logicamente a consideração que é uma fase que requer um esforço suplementar de síntese e de reorganização da estabilidade. É portanto coerente que as mulheres que planearam e desejaram a gravidez obtenham níveis de esperança superiores àquelas que se encontram a vivenciar uma gravidez desprovida de planeamento e organização. Sendo a esperança definida como a capacidade percebida pela pessoa, ou a crença internalizada, de que pode/tem condições para definir objetivos (Snyder, 1995; Snyder, Lehman, Kluck & Mosson, 2006), faz sentido que sejam as

grávidas que desejaram e planejaram a gravidez que revelem igualmente maiores níveis de esperança, pois traçaram os seus próprios objetivos, (quererem por vontade própria engravidar). Do mesmo modo se justifica que tenham pontuações mais elevadas nas subescalas, pois apresentam a capacidade percebida de encontrar rotas (*caminhos*) que as levem a objetivos desejados (a gravidez), encontrando-se portanto com motivação para a vivência desta fase (*iniciativa*).

Relativamente à presença de risco na gravidez, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de grávidas, nem nos níveis de *esperança*, nem na pontuação do fator *caminhos*. Verificaram-se, no entanto, diferenças significativas na subescala *iniciativa*, com as participantes cuja gravidez não representa qualquer tipo de risco, a apresentarem valores médios mais elevados. Apesar da inexistência de estudos que versem especificamente esta temática, Silveira e Ferreira (2011), num estudo sobre o autoconceito da grávida e seus fatores associados, não encontraram influência da presença de risco no autoconceito da grávida. Aqui importa sublinhar a diferença entre as subescalas *caminhos e iniciativa*. Enquanto a primeira remete para a percepção que a própria tem de conseguir divisar estratégias para superar os obstáculos com que se depara (possivelmente uma dimensão mais aproximada do autoconceito), a segunda remete para a perspectiva de futuro, para uma sensação de determinação triunfante (possivelmente uma dimensão que escapa mais ao controlo do próprio, relacionado com uma confiança no expectável). Os dados deste estudo indiciam que, perante o risco gravídico, a crença nas competências pessoais não diminui, mas o futuro passa a afigurar-se nebuloso e o sentimento vitorioso pode ser comprometido pelas dúvidas e incertezas que a situação comporta.

Em relação ao tipo de risco, foram consideradas separadamente as grávidas que apresentam risco médico, psicológico e social, e aquelas para quem a gravidez representa dois ou mais riscos. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no nível de *esperança, iniciativa e caminhos*. Os dados indicam assim que não é tanto o tipo de risco que influencia o sentimento esperançoso, mas a presença ou ausência do mesmo. No entanto, é pertinente referir que apesar das diferenças não serem significativas do ponto de vista estatístico, é o grupo das grávidas de risco psicológico que apresentam níveis de esperança inferiores, quando comparadas com grávidas portadoras de outros riscos. Tal facto destaca-se e deverá ser analisado e debatido em estudos futuros.

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação obtida na escala da *esperança*, e subescala *iniciativa* e *caminhos*, consoante o número de gravidezes anteriores. Apesar de não existirem estudos que suportem ou contrariem tais resultados, tal facto pode estar relacionado com a unicidade de cada processo gravídico, não estando, portanto, a *esperança* relacionada com o número de gravidezes anteriores (Maldonado, 2002; Sá, 2001).

Relativamente ao agregado familiar, verificou-se que as grávidas que vivem com o cônjuge apresentam valores médios de *esperança* e de *iniciativa* superiores aos verificados pelas grávidas que vivem sem o cônjuge. Os resultados deste estudo vão ao encontro da investigação realizada por Pereira, Santos e Ramalho (1999). Esta revelou que quanto melhor é o relacionamento conjugal menor é a sintomatologia psicológica. Assim, segundo os autores, a adaptação à gravidez parece estar associada à qualidade do relacionamento conjugal das grávidas. Os resultados obtidos mostraram ainda, que níveis reduzidos nestas variáveis criam na grávida, uma vulnerabilidade física e psicológica, tendo-se concluído portanto, que a presença do cônjuge quando sentida pela grávida como um elemento de apoio e suporte, parece ter um efeito preventivo e mediador nos fatores de risco para a saúde física e psicológica da mulher.

Por outro lado, também Bailey e Snyder, (2007), num estudo sobre *esperança* e satisfação com a vida, verificaram que o estado civil de um indivíduo tem influência nos níveis de *esperança*, sendo que os indivíduos casados ou em união de facto, a viverem acompanhados, apresentam níveis de *esperança* mais elevados do que os divorciados e os viúvos. Portanto, parece que realmente este é um aspeto que se pode apresentar como facilitador num processo gravídico, independentemente de ser uma gravidez de risco ou não. A presença do companheiro parece vital na promoção de um pensamento *esperançoso* em mulheres grávidas. Daí a presença do cônjuge ter mais impacto na *esperança* do que a presença do pai. Ou seja, parece ser a companhia de um parceiro suportativo que determina maiores níveis de *esperança*. O facto de este companheiro ser ou não o pai da criança será menos relevante.

Foram ainda analisados os rendimentos familiares mensais das participantes. Constatou-se que as grávidas que apresentam um rendimento familiar mensal mais elevado refletem valores superiores de *iniciativa* e de *esperança*. Tais resultados são sintónicos com um outro estudo realizado por Abreu (2013), que verificou que o valor médio de *esperança* é maior à medida que o valor do rendimento mensal aumenta. Os resultados detêm lógica quando se pensa a gravidez como uma fase de gastos monetários em

consultas, tratamentos, medicações, roupas para a grávida, enxoval do bebê, entre outros possíveis gastos. Esta relação entre rendimentos e sentimento esperançoso acaba por encontrar eco no ditado popular: “o dinheiro não dá felicidade, mas ajuda muito”.

Relativamente à análise das condições profissionais de cada uma das grávidas, constatou-se que o regime profissional (fixo, por turnos, ou ambos) e o número de horas semanais de trabalho, não estão associados aos níveis de esperança. No entanto, relativamente à situação profissional, observaram-se valores médios de *iniciativa* superiores nas grávidas que estão empregadas relativamente às desempregadas. O desemprego desencadeia efeitos nas famílias que fazem com que os seus elementos desenvolvam sentimentos de incerteza, medo e inquietação relativamente ao desconhecido (Schliebner & Peregoy, 1994, citado por Sobral, Gonçalves & Coimbra, 2009), os quais podem afetar a maneira como a grávida perspectiva o seu futuro. De acordo com algumas investigações, o facto da mulher ou do homem se encontrarem isentos de uma profissão, pode deter impacto ao nível da vida familiar, fazendo com que, por vezes, haja uma diminuição da coesão familiar e do bem-estar percebido pelos seus elementos (Hanish, 1999, citado por Sobral, Gonçalves & Coimbra, 2009), razão pela qual este elemento deve ser considerado em qualquer processo gravídico, e no de risco em particular.

Relativamente aos apoios institucionais e de familiares/amigos e sua relação com os níveis de esperança das grávidas participantes, verificou-se que a presença/ausência de apoio familiar e/ou de amigos não determina diferenças significativas do ponto de vista estatístico em nenhuma das subescalas da *esperança*. Estes resultados deverão ser analisados com cautela, pois o número de grávidas que referenciou a ausência de apoio familiar/de amigos é muito reduzido (apenas quatro grávidas sinalizaram a ausência deste suporte). Estudos subsequentes deverão considerar esta temática, por exemplo, avaliando o grau de apoio familiar/de amigos percebido (e.g. numa escala de Likert de vários pontos), ao invés de o considerarem de forma dicotómica (presença/ausência). Tal poderá contribuir para alumiar de melhor forma a relação entre apoio informal e sentimento esperançoso.

Constatou-se que as grávidas que usufruem de apoios institucionais apresentam menores valores médios *de esperança e iniciativa* do que aquelas que não usufruem de qualquer apoio institucional. Em relação à dimensão *caminhos*, tais diferenças não são significativas.

As grávidas que usufruem de apoios institucionais, possivelmente fazem-no porque não encontraram o apoio necessário ou suficiente na sua rede de suporte, seja de familiares ou amigos. Como os estudos mostram que os níveis mais elevados de esperança e de estratégias de *coping* parecem estar diretamente relacionados com o suporte social percebido pelo indivíduo (Chang & DeSimone, 2001; Chang, 1998; Irving, Telfer & Blake, 1997; Gibson, 1998; Jing, Wei, Ping & Zhong-hui, 2010; Khan & Rafique, 2009), a menor esperança nas grávidas que usufruem de apoios formais estará relacionada, não tanto com o apoio em si, mas com os motivos pelos quais este apoio foi necessário (e.g. rede social de suporte deficitária).

Por último, importa considerar o efeito da presença de múltiplos desafios na esperança. Foram considerados como desafios os seguintes: rendimento mensal inferior a 500€, estar desempregada, não viver com o pai da criança e usufruir de pelo menos um apoio institucional. Verificaram-se a presença de diferenças significativas do ponto de vista estatístico na pontuação total da escala da esperança e na dimensão *iniciativa*. Não se registaram, no entanto, diferenças relevantes, na pontuação da dimensão *caminhos*. No que diz respeito à pontuação total da escala, as comparações múltiplas indicaram que as diferenças se registam entre as grávidas que não enfrentaram qualquer desafio e as que apresentaram mais do que um dos desafios considerados. Em relação à dimensão *iniciativa*, as diferenças estatisticamente significativas encontram-se entre as grávidas que não enfrentam nenhum desafio e entre as que apresentam um ou mais do que um desafio. Estes dados podem ser interpretados à luz das considerações já tecidas para a presença/ausência de risco (que igualmente pode ser conceptualizado com um desafio). Os resultados deste estudo apontam para um efeito deletério cumulativo dos desafios no sentimento esperançoso. Ou seja, à medida que aumenta o número de desafios a esperança diminui.

Conclusões

Este estudo facultou um contributo para o estudo da esperança na gravidez, indiciando uma relação entre esta variável e a presença de risco. Ademais, não parecem haver diferenças entre os diferentes tipos de risco, embora o risco psicológico, quando presente, pareça determinar menores níveis de esperança. Este dado aponta para a importância do apoio psicológico, especialmente nas situações em que o risco se situa a esse nível.

O presente estudo permite-nos ainda concluir que diferentes condições socioeconómicas determinam diferentes efeitos ao nível da esperança. Por exemplo, algumas variáveis parecem influenciar a *iniciativa* mas não os *caminhos* (como a presença de risco na gravidez ou não; a constituição do agregado familiar; o facto de a grávida viver com o cônjuge; os rendimentos familiares mensais da grávida; a situação profissional da grávida; a presença de apoios na vida da grávida e o enfrentar de desafios que se colocam às grávidas). Outras variáveis parecem ter efeito tanto nos *caminhos* como na *iniciativa*, como a escolaridade ou o tipo de gravidez (planeada/desejada ou acidental).

Como limitações do presente estudo, é de assinalar que o questionário sociodemográfico não contemplava o número de meses da gravidez, o que permitiria fazer comparações entre diferentes fases da gravidez. Tal constitui igualmente uma sugestão de pesquisa futura, a análise dos níveis de esperança nas três fases propostas por Canavarro (2001) (Integração, Diferenciação e Separação). Também seria relevante ter um grupo de comparação de mulheres não grávidas, para aferir se o advento de uma gravidez tem impacto ao nível da esperança, justificando a expressão popular “estar de esperanças”. Seria ainda relevante alargar a recolha da amostra a outras zonas do país, pois o facto de esta ter sido conduzida apenas em Coimbra poderá influenciar a composição sociodemográfica das participantes (por exemplo, elevada prevalência de participantes com a frequência de ensino superior) e os resultados obtidos.

Sendo a esperança uma virtude essencial e própria ao ser humano, tendo-se verificado que a sua presença é fulcral em momentos de crise ou de grandes mudanças (como é o caso de uma gravidez de risco), e considerando que esta não tem qualquer relação com as questões de inteligência e hereditariedade, mas antes ser algo aprendido no sentido de desenvolver um pensamento direccionado para a concretização de objetivos (Snyder et al., 1997), afigura-se relevante que os profissionais de saúde que lidam de perto com a mulher grávida se configurem como suportes vitais que a potenciem, particularmente nas situações de risco em que pode estar comprometida.

Bibliografia

- Abreu, J. F. (2013). *A experiência do desemprego e sua relação com a esperança, a satisfação com o suporte social e o coping*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Azevedo, A., Gomes, M., & Galvão, A. (2013). *Qualidade de vida no contexto da grávida saudável*. Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.
- Barros, M. I. (2009). *A esperança dos profissionais de saúde de uma unidade oncológica: Contributos para a prática profissional*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Bailey, T. C., & Snyder, C. R. (2007). Satisfaction with life and hope: A look at age and marital status. *The Psychological Record*, 57, 233-240.
- Bayle, F. C. (2006). *À volta do nascimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bjorn, M. (2009). *Estratégias de relaxamento e seus benefícios – uma investigação durante o período de gravidez*. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, Faro.
- Brazelton, T. B. (1994). *Tornar-se família. O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar.
- Camacho, R. S., Cantinelli, F. S., Ribeiro, C. S., Cantilino, A., Gonsales, B. K., Braguitton, E., & Rennó Jr., J. (2006). Psychiatry disorders in pregnancy and puerperium: classification, diagnosis and treatment. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 92-102.
- Camarneiro, A. P. F. (1998). *A Gravidez de risco e o desenvolvimento do bebé*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Canavarro, M. C. (1999). *Relações afectivas e saúde mental: Uma abordagem ao longo do ciclo de vida*. Coimbra: Quarteto Editores.
- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade (2.ª ed.)*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Chang, E. C., & DeSimone, S. L. (2001). The influence of hope on appraisals, coping, and dysphoria: A test of hope theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(2), 117-129.

- Chang, E. D. (1998). Hope, Problem-Solving Ability, and Coping in a College Student Population: Some Implications for Theory and Practice. *Journal of Clinical Psychology, 54* (7), 953-962.
- 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), 197-209.
- Costa, E. S., Pinon, G. M., Costa, T. S., Santos, R. C., Nóbrega, A. R., & Sousa, L. B. (2010). Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. *Revista Rene, 2* (11), 86-93.
- Coutinho, D. S., Baptista, M. N., & Morais, P. R. (2002). Depressão Pós-parto: Prevalência e correlação com o suporte social. *Revista Neuropsiquiátrica da Infância e Adolescência, 2* (10), 63-71.
- Creamer, M., O'Donnell, M. L., Carboon, I., Lewis, V., Densley, K., McFarlane, A., ... Bryant, R. (2009). Evaluation of the dispositional hope scale in injury survivors. *Journal of Research in Personality 43*, 613–617.
- Daly, M. (2003). The role of the self-concept as a moderator of psychological wellbeing in the transition to motherhood. *Australian Journal of Psychology, 55*, 3.
- Dessen, M. A., & Braz, M. P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 3* (16), 221-231.
- 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), 2787-2797. doi 10.1590/S0102-311X200800120 0007
- Dourado, V. G., & Pelloso, S. M. (2003). Desiring and planning pregnancy: experience of women who had high risk pregnancy. *Acta Paul Enferm, 20*(1), 69-74.
- Gibson, P. R. (1998). Hope in multiple chemical sensitivity: Social support and attitude towards healthcare delivery as predictors of hope. *Journal of Clinic Nursing, 8*, 275-283.
- Gomes, R., Cavalcanti, L., Marinho, A., & Silva, L. (2001). Os sentidos do rosco na gravidez segundo a obstetrícia: Um estudo bibliográfico. *Revista Latino de Enfermagem, 9* (4), 62-67.

- Guadalupe, S. (2010). *Intervenção em rede: Serviço social, sistémico e redes de suporte social*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- 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
- Irving, L. M., Telfer, L., & Blake, D. D. (1997). Hope, coping, and social support in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 10* (3), 465-479
- Jing, Z., Wei, G., Ping, W., & Zhong-hui, W. (2010). Relationships among hope, coping style and social support for breast cancer patients. *Chinese Medical Journal, 123*(17), 2331-2335.
- Justo, J. M., Bacelar-Nicolau, H., & Dias, O. (1999). Evolução psicológica ao longo da gravidez e puerpério: Um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 1*(1), 115-129.
- Khan, S. & Rafique, R. (2009). Stressful life events, social support and coping strategies among female patients with acute myocardial infarction and their matched controls. *Pakistan Journal of Psychology, 40*(2), 27-44.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Leitão, M. L. H. (1998). *A Gravidez de Alto Risco Genético: contributo para a compreensão dos fenómenos psicológicos envolvidos*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Maldonado, M. T. P. (2002). *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*. São Paulo: Saraiva Editores.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com SPSS Statistics* (5ª ed.). Pero Pinheiro: ReportNumber.
- Marques, S., Pais-Ribeiro, J. L., & Lopez, S. J. (2011). The role of positive psychology constructs in predicting mental health and academic achievement. *Journal of Happiness Studies, 6*, 1063-1082.
- Mattson, S. (2008). Avaliação dos factores de risco. Em I. Bobak, D. Lowdermilk & M. Jensen (Eds). *Enfermagem na Maternidade* (pp. 557-559). Lisboa: Lusociência.

- Morais, L. M., Mascarenhas, S., & Pais Ribeiro, J. L. (2011). *Propriedades psicométricas da escala de expectativa/esperança quanto ao futuro e orientação para a vida aplicada a universitários brasileiros*. Acedido em 2, Julho, 2014, em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/57263/2/76149.pdf>
- Oliveira, A. M. (2002). *O auto-conceito no doente psoriático adulto em internamento*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra, Coimbra.
- Oliveira, G. F., França, B. F., Freire, K. R., & Oliveira, E. R. (2010). Intervenções de enfermagem nas adaptações fisiológicas de gestação. *Revista Electrónica de Ciências*, 1(3), 58-67.
- Oliveira, O. F. (2006). *Estudo da Ansiedade da Mulher Grávida em relação ao Parto*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra, Coimbra.
- Pais Ribeiro, J., Pedro, L., & Marques, S. (2006). Contribuição para o estudo psicométrico e estrutural da escala de esperança (de futuro). Em I. Leal, J. Pais-Ribeiro & S. Neves, (Eds). *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.75-81). Lisboa: ISPA.
- Paiva, S.S., Galvão, M. T., Pagliuca, L. M., & Almeida, P. C. (2010, Abril). *Comunicação não verbal durante cuidados prestados aos filhos por mães com o vírus da imunodeficiência humana*. In Acta Paulista de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Brazil.
- Pedroso, R. C. J. (2001). *A auto-estima na grávida adolescente*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra, Coimbra.
- Pereira, M. G., Santos, A. C., & Ramalho, V. (1999). Adaptação à gravidez: Um estudo biopsicossocial. *Análise Psicológica*, 3 (17), 583-590.
- Pereira, M. J. S. (1999). *Diabetes Gestacional: aspectos psicológicos*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Rappaport, C. R., Fiori, W. R., & Herzberg, E. (1981). *Psicologia do desenvolvimento. A infância inicial: O bebé e sua mãe*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.

- Rato, P. I. (1998). Ansiedade perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. *Análise Psicológica*, 16(3), 405-413.
- Ribeiro, J., Pedro, L., & Marques, S. (2006). Contribuição para o estudo psicométrico e estrutural da escala de esperança (de futuro). Em I. Leal, J. Pais-Ribeiro & S. Neves, (Eds). *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.75-81). Lisboa: ISPA.
- Sá, M. C. A. (2001). *Gravidez e Pós-Parto: Experiências vivenciadas pela mulher*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra, Coimbra.
- Santos, A. (2012). *Esperança, desafios familiares e contexto escolar*. Dissertação de mestrado apresentado ao Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Silva, S. M. (2012). *Vinculação maternidade durante e após a gravidez: Ansiedade, depressão, stress e suporte social*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Silveira, C., & Ferreira, M. (2011). Auto-conceito da grávida – Factores associados. *Millenium*, 40, 53-67.
- Sluzki, C. E. (2006). *A rede social na prática sistémica: Alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Snyder, C. R. (1995). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling & Development*, 73, 355-360.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbow in the mind. *Psychological Inquiry*, (13)4, 249-275.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., ... Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570-585.
- Snyder, C. R., Hoza, B., Pelham, W. E., Rapoff, M., Ware, L., Danovsky, M., ... Stahi, K. J. (1997). The development and validation of the children's hope scale. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(3), 399-421.
- Snyder, C. R., Lehman, K. A., Kluck, B., & Monsson, Y. (2006). Hope for rehabilitation and vice versa. *Rehabilitation Psychology*, 51(2), 89-112.

- Snyder, C. R., Lopez, S. J., Shorey, H. S., Rand, K. L., & Feldman, D. B. (2003). Hope theory, measurements and applications to school psychology. *School Psychology Quarterly, 18*(2), 122-139.
- Snyder, C. R., Rand, K. L., & Sigmon, D. R. (2002). Hope Theory: a member of the Positive Psychology Family. In Snyder, C.R., & Lopez, S. J., (Eds). *Handbook of Positive Psychology* (pp. 257-276). Oxford University Press.
- Sobral, J. M., Gonçalves, C. M., & Coimbra, J. L. (2009). A influência da situação profissional parental no desenvolvimento vocacional dos adolescente. *Revista Brasileira de Orientação Profissional, 10*(1), 11-22.
- Souza, D. B., & Ferreira, M. C. (2005). Auto-estima pessoal e colectiva em mães e não mães. *Psicologia em Estudo, 1*(10), 19-25.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior, 2*(23), 145-159.
- Zampieri, M. F. M. (2001). Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 1*(22), 140-166.