

MARIA MARGARIDA FREIRE PORTAS SAMPAIO
MADAHIL

**SATISFAÇÃO COM O APOIO SOCIAL E
SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM
HOMENS E MULHERES APÓS O
NASCIMENTO DE UM FILHO**

Orientadora: Professora Doutora Raquel Sofia Antunes Pires

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

MARIA MARGARIDA FREIRE PORTAS SAMPAIO
MADAHIL

SATISFAÇÃO COM O APOIO SOCIAL E
SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM
HOMENS E MULHERES APÓS O
NASCIMENTO DE UM FILHO

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 29 de março de 2017, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação n.º: 458/2016, de 14 de novembro de 2016, com a seguinte composição:

Presidente: Professora Doutora Bárbara Nazaré
Arguente: professora Doutora Ana Prioste
Orientadora: Professora Doutora Raquel Sofia Antunes Pires

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa
2016

Agradecimentos

À memória de meus Pais,

Ao meu filho Gonçalo, que muitas vezes me tirou dos livros, papeis e computador, porque outros nobres valores se levantaram, a ele também devo este trabalho pela compreensão, força e alegria sempre presentes.

Aos meus Irmãos porque tenho a certeza de que cada um deles fica feliz por mais esta etapa alcançada.

A minha Cunhada Ana Cristina, um grande obrigada pela disponibilidade que demonstrou sempre que lhe pedi ajuda.

Aos meus amigos, em especial à minha amiga Madalena, pela grande ajuda na divulgação dos inquéritos, o meu muito obrigada.

À Professora Doutora Raquel Pires, por acompanhar cada passo deste meu percurso. Por ter estado sempre presente, permitindo uma reflexão constante, desafiando as minhas capacidades e a mim própria. Agradeço igualmente a disponibilidade e prontidão com que me acompanhou e ajudou a ultrapassar barreiras que eventualmente se cruzaram no caminho.

Às Instituições bem como a todas as mães e pais que se disponibilizaram para participar no estudo, sem os quais não seria possível a sua realização

Obrigado a todas as pessoas que contribuíram para meu sucesso e para meu crescimento como pessoa, porque nunca é tarde...

Resumo

Este estudo teve como objetivo estudar a associação entre satisfação com o suporte social e sintomatologia depressiva após o nascimento de um filho, sendo de natureza quantitativa e transversal. Participaram 112 adultos, 49 homens e 63 mulheres, com idades entre 18 e 52 anos que tinham tido um filho nos últimos 24 meses. Como instrumentos de avaliação foram utilizados: um questionário de dados sociodemográficos e clínicos construído propositadamente para esta investigação, a Escala de Satisfação com o Suporte Social e a Escala de Sintomatologia Depressiva Pós-Parto de Edinburgh. De acordo com os resultados obtidos, não existem diferenças nos níveis de sintomatologia depressiva e de satisfação com o suporte social experienciados por homens e mulheres. Todavia, a níveis mais elevados de satisfação com o suporte social correspondem níveis mais baixos de sintomatologia depressiva. O género mostrou não ter um papel relevante na relação entre os dois constructos. Algumas dimensões sociodemográficas associam-se à sintomatologia depressiva e à satisfação com o suporte social, como a situação profissional e o estado civil. Conclui-se que tanto para homens como para mulheres, após o nascimento de um filho, níveis mais elevados de satisfação com o suporte social se associem a níveis mais baixos de sintomatologia depressiva.

Palavras-Chave: Satisfação com o apoio social, Sintomatologia depressiva, Parentalidade.

Abstract

This study aim is to study the association between satisfaction with social support and depressive symptomatology in men and women after the birth of a child. This study is quantitative and transversal. It was attended by 112 adults, 49 men and 63 women, aged between 18 and 52 years, after the birth of a child in the last 24 months. The instruments used were: in addition to a demographic and clinical data questionnaire built purposely for this investigation, the Satisfaction with Social Support Scale and the Edinburgh Post-partum Depressive Symptomatology Scale. According to the obtained results there are no differences between sexes for depression and for the satisfaction with social support. Although, higher levels of satisfaction with social support correspond to lower levels of depressive symptomatology. Gender turned out to not have a relevant role in the relationship between the two constructs. Some socio-demographic dimensions are associated to depression symptomatology and to satisfaction with social support, as employment status and marital status. The main conclusion is that for both men and women, after the birth of a child, higher levels of satisfaction with social support are related to lowest levels of depressive symptomatology.

Keywords: Satisfaction with social support, Depressive symptomatology, Parenting.

Índice Geral

Introdução	7
A sintomatologia depressiva na transição para a parentalidade	7
A etiologia da sintomatologia depressiva após o nascimento de um filho	10
O papel do suporte social.....	10
Objetivos e Hipóteses	11
Método.....	12
Participantes	12
Procedimento	17
Instrumentos	18
Análises Estatísticas	19
Resultados.....	20
Discussão	33
Referências bibliográficas	37
Anexo 1- Consentimento informado	II
Anexo 2- Questionário sociodemográfico e clínico	IV
Anexo 3-Instrumento Escala de Sintomatologia depressiva pós-parto	VII
Anexo 4- Instrumento Escala de Satisfação com o Suporte Social	VIII

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra	13
Tabela 2.- Diferenças entre sexos para a história de saúde, gravidez e parto	15
Tabela 3.- Diferenças entre sexos para as dimensões relativas ao bebé.....	16
Tabela 4.- Diferenças entre sexos para a Sintomatologia depressiva e Satisfação com o suporte social.....	20
Tabela 5.- Diferenças no nível de sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social entre participantes que foram pais pela primeira vez e aqueles que já tinham filhos.....	21
Tabela 6.- Diferenças no nível de sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social entre homens que foram pais pela primeira vez e aqueles que já tinham filhos.....	21
Tabela 7.- Diferenças no nível de sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social entre mulheres que foram mães pela primeira vez e aquelas que já tinham filhos.....	22
Tabela 8.- Correlações entre sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social	23
Tabela 9.- Correlações entre sintomatologia depressiva, satisfação com o suporte social e variáveis sociodemográficas	24
Tabela 10.- Diferenças entre estados civis e para a sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social.....	25
Tabela 11.- Diferenças entre situações profissionais para a Sintomatologia depressiva e Satisfação com o suporte social.....	26
Tabela 12.- Diferenças entre tipo de parto para a sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social.....	27
Tabela 13.- Correlações entre sintomatologia depressiva, satisfação com o suporte social e variáveis da história de saúde, gravidez e parto.....	29
Tabela 14.- Diferenças entre onde fica o bebé durante o dia para a sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social	30
Tabela 15.- Correlações entre sintomatologia depressiva, satisfação com o suporte social e variáveis relativas ao bebé	31

Introdução

A parentalidade, normalmente considerada como uma das transições mais relevantes e marcantes na vida dos indivíduos, é impulsionadora de grandes mudanças em todos os elementos da família e, no caso particular de ser o primeiro filho, marca o início de uma nova fase do ciclo vital, movendo a díade da função conjugal para a parental (Relvas, 2004). Também o nascimento do segundo filho pode originar um incremento na tensão familiar, uma vez que leva a novas reformulações nos papéis e regras do funcionamento familiar (Piccinini, Pereira, Marin, Lopes, & Tudge, 2007).

“A transição para a parentalidade envolve, assim, um conjunto próprio de desafios desenvolvimentais para a mulher e para o homem, nomeadamente a nível individual, através da revisão dos papéis da infância e dos paradigmas de interação vividos com e entre os pais, e a nível conjugal e da família alargada, por via da reorganização das modalidades anteriores de relacionamento e da preparação para a tarefa partilhada de cuidar o bebé” (Figueiredo, 2004). A dinâmica familiar altera-se, promovendo então novas conceções dos papéis familiares, e exigindo a integração simultânea de diferentes papeis, uma vez que homem e mulher são simultaneamente profissionais, membros integrantes de uma família e atores sociais nos seus diversos contextos de vida (Mendes, 2002).

Com este estudo, foi nosso objetivo explorar os níveis de sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social em Homens e Mulheres que foram pais nos últimos 24 meses, bem como averiguar a associação entre estas duas variáveis.

A sintomatologia depressiva na transição para a parentalidade

De acordo com Cowan et al. (1985), homens e mulheres principiam a transição para a parentalidade como indivíduos autónomos, com distintos percursos, no entanto com um mesmo objetivo, que é a formação de uma família. Homem e mulher, com diferentes características biológicas, de personalidade, atitudes, preferências e formas diferentes de gerir os seus papéis sociais, veem o momento de transição para a parentalidade de forma distinta. Neste contexto,

homens e mulheres parecem apresentar diferentes trajetórias na adaptação à parentalidade (Jordan, 1997; Salmela-Aro, Nurmi, Saisto, & Halmesmaki, 2000; Moura-Ramos, 2006). De acordo com Cowan & Cowan (1995), a transição masculina é efetuada de forma mais lenta ao longo do tempo, sendo contextualizada a ideia de figura cuidadora. Para os mesmos autores, a transição feminina envolve mudanças mais profundas, incluindo maior número de tarefas domésticas e do âmbito do cuidar.

Segundo Dickie (1987), “a mulher experimenta maior perturbação com os seus novos papéis, nomeadamente através das mudanças que ocorrem a vários níveis, como no sono, tempos de lazer, relacionamento sexual, tempo com os amigos e tempo com o companheiro, que são geralmente mudanças de maior intensidade do que as que se verificam nos homens.” No entanto, diversos autores têm considerado que o período pós-parto é favorável ao aparecimento de problemas emocionais tais como a sintomatologia depressiva, psicoses pós-parto e manifestações psicossomáticas, tanto nas mulheres como nos homens (Cooper & Murray, 1995; Frizzo; Piccinini, 2005; Klaus, Kennell & Klaus, 2000; O’Hara, 1997; Szejer & Stewart, 1997). Para outros autores, embora os homens sejam menos propícios a desenvolver sintomatologia depressiva após o nascimento, a mesma também pode manifestar-se em figuras masculinas, apresentando sintomas físicos e psicológicos idênticos aos maternos (Bielawska-Batorowicz & Kossakowska-Petrycka 2006; Meighan, Davis, Thomas & Droppelman, 1999; Zelkowitz & Milet, 2001).

A sintomatologia depressiva após o parto na mulher, em particular, tem sido abordada por inúmeros investigadores nas últimas décadas, devido às evidências de que “o estado depressivo da mãe pode ter repercussões negativas no estabelecimento das primeiras interações com o bebé e, conseqüentemente, no desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança.” (Cummings & Davies, 1994; Dodge, 1990; Field, 1998; Tronick & Weinberg, 1997). A sintomatologia depressiva pós-parto caracteriza-se por problemáticas alusivas ao desempenho do papel materno e à presença do bebé. Os sintomas traduzem-se em queixas físicas, tais como fadiga e perda de apetite; níveis elevados de ansiedade e preocupação; extrema culpabilidade; perda muito significativa de auto-estima; agravamento dos

sintomas com o decorrer do dia e insónia inicial. As mulheres são incapazes de realizar as suas tarefas rotineiras, o que interfere sobretudo na sua autonomia e disponibilidade para com o recém-nascido (Figueiredo, 2001).

Apesar da relevância da sintomatologia depressiva pós-parto por si só, Ruschi, Sun, Mattar, Filho, Zandonade e Lima (2007) salientam que esta patologia - com início nas duas primeiras semanas do pós-parto e uma incidência de 50 a 80% - é um fator de risco para a sintomatologia depressiva da mãe durante o primeiro ano de vida da criança. Dunnewold (1997) refere, igualmente, que os sintomas depressivos costumam estar presentes nos primeiros anos de vida do bebé, comprometendo de forma mais prolongada o bem-estar e desempenho parental.

Nas últimas décadas, tem-se verificado uma participação mais ativa por parte do marido/companheiro tornando-se também ele prestador de cuidados e protetor da criança através da sua presença, ajuda, preocupação e responsabilidade, o que tem também repercussões ao nível do bem-estar infantil (Falceto, 2002). Estes dados salientam então a importância de não focar a compreensão do ajustamento parental após o nascimento apenas relativamente à mulher, mas também ao pai do bebé. De facto, evidências nacionais e internacionais sugerem mudanças sociais no sentido do envolvimento paterno não só no período da gestação, como também no pós-parto e durante a primeira infância (Lamb, 1997; Miller, 2010; Piccinini, et al., 2004; Piccinini, Silva, Gonçalves, Lopes & Tudge, 2012). O pós-parto e os primeiros meses de vida do bebé, em particular, representam os períodos mais delicados do ciclo gravídico-puerperal, marcado por uma grande vulnerabilidade emocional que geralmente afeta ambos os pais, constituindo uma fase que comporta mudanças e reajustamentos em vários contextos (Lowdermilk & Perry, 2006; Bartoletti, 2007; Mendes, 2009).

A etiologia da sintomatologia depressiva após o nascimento de um filho

Os fatores associados à sintomatologia depressiva na transição para a parentalidade derivam em grande parte de componentes psicossociais, como acontecimentos de vida negativos, dificuldades no relacionamento amoroso bem como de componentes psicológicas, como a sintomatologia depressiva e ansiosa durante a gravidez (Monti & Agostini, 2006). Numa meta-análise de 84 estudos publicados até 1990 por Beck (2001, cit in Costa, 2004) relativamente à sintomatologia depressiva nesta fase desenvolvimental da transição para a parentalidade, “encontram-se como indicadores significativos a sintomatologia depressiva pré-natal, baixa auto-estima materna, *stress* relacionado com os cuidados para com o bebé, circunstâncias de vida adversas, dificuldades na relação matrimonial, estatuto marital, estatuto socioeconómico, história anterior de sintomatologia depressiva, ansiedade pré-natal, gravidez não planeada/ não desejada, dificuldades temperamentais do bebé e blues pós-parto.” Ambos os trabalhos salientam, no entanto, o papel de um outro fator, considerado essencial: o suporte social.

O papel do suporte social

Face à associação entre a sintomatologia depressiva e a vinculação materna, bem como à recorrência da citação do suporte social na etiologia da mesma, torna-se importante procurar compreender o papel que esta variável pode assumir na transição para a parentalidade. Segundo Coutinho, Baptista & Morais (2002), por exemplo, “um adequado suporte social nos períodos de gravidez e pós-parto favorece um maior controlo do ambiente e autonomia, fornecendo esperança, apoio e proteção à mulher.” Os estudos de Coutinho, Baptista & Morais (2002) realçam o papel assumido pelo reduzido apoio social na sintomatologia depressiva tanto durante a gravidez como após o nascimento.

A família afigura-se como o primeiro grupo onde a criança vive e vai estruturar a sua personalidade. Segundo (Leal, 2005) “É a primeira instituição social que vai assegurar proteção, carinho, amor e responder de forma adequada às suas necessidades fundamentais como a alimentação, o afeto, a proteção e a socialização.” A rede de apoio social mostra-se especialmente importante a estes

níveis, quer na gestação e no período pós parto, quer mais tarde, no retorno da mulher ao trabalho.

O suporte social baseia-se nos recursos relacionais de que uma pessoa dispõe para suportar diferentes situações na vida, tendo em conta o número de pessoas com as quais o sujeito se relaciona, sistema e qualidade das relações, ações concretas efetuadas e perceção que a pessoa mantém sobre todos estes elementos (González, Martinez García, Martinez, López & Carrasco, 1998). Singer e Lord (1984) efetuaram estudos sobre a relação entre suporte social e saúde e referem que o suporte social protege contra as perturbações induzidas pelo stresse, e que a sua ausência pode ela própria ser fonte de stresse. Collins e Feeny (2004) acrescentam que as perceções de suporte social são de importância crucial para a adaptação pessoal e bem-estar.

Também num estudo efetuado por Costa e Ludermir (2005) foi verificado que o apoio social leva o indivíduo a combater contra eventos e condições stressoras, operando como agente protetor contra transtornos mentais comuns como sintomatologia depressiva e Ansiedade. Assim, sentir-se amado, cuidado e ter amigos íntimos e confidentes está relacionado com baixos níveis de ansiedade, sintomatologia depressiva e somatizações, facilitando uma melhor adaptação a circunstâncias particulares de stresse.

De notar que, no que respeita à transição para a parentalidade, em particular, o foco da literatura a este nível continua a permanecer maioritariamente nas mulheres, sendo o conhecimento sobre a associação entre o apoio social e o ajustamento do pai mais limitado.

Objetivos e Hipóteses

A presente investigação tem como objetivo geral explorar a associação entre a satisfação com o suporte social e os níveis de sintomatologia depressiva em homens e mulheres após o nascimento de um filho.

Estabeleceram-se como objetivos específicos:

1. Caracterizar e comparar os níveis de sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social em homens e mulheres que tiveram um filho nos últimos 24 meses;

2. Verificar se existem diferenças nos níveis de sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social entre homens e mulheres que foram pais pela 1ª vez e aqueles que já tinham filhos mais velhos;
3. Analisar a associação entre a satisfação com o suporte social e os níveis de sintomatologia depressiva;
4. Explorar se os níveis de satisfação com o suporte social se associam com a sintomatologia depressiva de forma diferente em função do sexo.
5. Explorar se existem diferenças ao nível da sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social em função das características sociodemográficas;
6. Explorar se existem diferenças ao nível da sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social nas dimensões da história de saúde e de características clínicas da gravidez e do bebé.

A partir dos objetivos delineados e tendo por base a revisão da literatura, foram colocadas as seguintes hipóteses:

1. Espera-se observar níveis de sintomatologia depressiva superiores em mulheres, relativamente aos homens, após o nascimento de um filho;
2. Espera-se observar níveis de sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social semelhantes entre homens e mulheres que foram pais pela primeira vez e aqueles que já tinham filhos mais velhos.
3. Espera-se que níveis mais elevados de satisfação com o suporte social se associem a níveis mais baixos de sintomatologia depressiva.

Relativamente aos restantes objetivos, dado o seu carácter exploratório, não foram elaboradas hipóteses específicas.

Método

Participantes

Na recolha da amostra foram colocados como critérios de inclusão: (1) ter idade igual ou superior a 18 anos; (2) ter um filho até 24 meses de idade; (3) residir em Portugal; e (4) apresentar um nível de compreensão da língua portuguesa adequado ao preenchimento do protocolo de avaliação.

No total, foram recolhidos dados de 124 indivíduos: 11 casais, 39 homens e 63 mulheres. Uma vez que o número de casais que compunham a amostra não foi considerado suficiente para a realização de análises emparelhadas, foram selecionados apenas os homens desses casais, tendo sido excluídas as mulheres. Esta opção prende-se com o número mais reduzido de homens comparativamente ao número de mulheres que compunham a amostra, tendo em vista a realização de análises com amostras independentes. A amostra final foi constituída então por 112 indivíduos: 49 homens (43.8%) e 63 mulheres (56.3%).

Como se pode observar na Tabela 1, os 112 participantes tinham idades compreendidas entre os 18 e os 52 anos (Homens: $M = 32.71$, $DP = 6.88$; Mulheres: $M = 31.33$, $DP = 5.92$), uma escolaridade média entre 13 e 14 anos (Homens: $M = 13.31$, $DP = 4.07$; Mulheres: $M = 13.89$, $DP = 4.83$), agregados com dimensão média de 3 a 4 familiar (Homens: $M = 3.35$, $DP = 1.05$; Mulheres: $M = 3.49$, $DP = 0.97$), um a dois filhos (Homens: $M = 1.53$, $DP = 0.62$; Mulheres: $M = 1.35$, $DP = 0.54$), sendo a idade média do filho mais velho aproximadamente de 3 anos (Homens: $M = 3.35$, $DP = 5.14$; Mulheres: $M = 2.44$, $DP = 4.58$), e do mais novo cerca de 8 meses (Homens: $M = 8.84$, $DP = 5.15$; Mulheres: $M = 7.71$, $DP = 5.40$).

A maior parte dos participantes era casada ou estava em união de facto (Homens: $n = 41$, 83.7%; Mulheres: $n = 49$, 77.8%), era trabalhador a tempo inteiro (Homens: $n = 40$, 81.6%; Mulheres: $n = 49$, 79.0%), seguidor de uma religião (Homens: $n = 31$, 63.3%; Mulheres: $n = 36$, 57.1%) e com o rendimento líquido mensal do agregado entre os 583 e os 3333 euros (583-1666: Homens: $n = 24$, 79.0%; Mulheres: $n = 21$, 33.3%; 1666-3333: Homens: $n = 13$, 26.5%; Mulheres: $n = 27$, 42.9%). No que respeita ao país de origem, 99.1% dos participantes eram de nacionalidade portuguesa.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre sexos em nenhuma das variáveis analisadas.

Tabela 1.

Características sociodemográficas da amostra

	Sexo	Sexo	t	p
--	------	------	---	---

	masculino (N=49)		feminino (N=63)		/ χ^2	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Idade	32.71	6.88	31.33	5.92	1.140	.257
Escolaridade	13.31	4.07	13.89	4.83	-.678	.499
Número de pessoas do agregado familiar	3.35	1.05	3.49	.97	-.759	.449
Número de filhos	1.53	.62	1.35	.54	1.653	.101
Idade filho mais velho (anos)	3.35	5.14	2.44	4.58	.980	.329
Idade filho mais novo (meses)	8.84	5.15	7.71	5.40	.877	.382
Estado civil (n, %)					.976	.614
Solteiro	6	12.2	12	19.0		
Casado/Unido de facto	41	83.7	49	77.8		
Divorciado/Separado	2	4.1	2	3.2		
Situação profissional (n, %)					3.035	.552
Estudante	1	2.0	2	3.2		
Trabalhador estudante	3	6.1	1	1.6		
Trabalhador a tempo inteiro	40	81.6	49	79.0		
Trabalhador a tempo parcial	2	4.1	2	3.2		
Desempregado	3	6.1	8	12.9		
Religião (n, %)					.430	.512
Não	18	36.7	27	42.9		
Sim	31	63.3	36	57.1		
Rendimento líquido mensal do agregado (n, %)					7.602	.107
<583	2	4.1	8	12.7		
583-1666	24	49.0	21	33.3		
1666-3333	13	26.5	27	42.9		
3333-6666	7	14.3	5	7.9		
>6666	3	6.1	2	3.2		

Na Tabela 2 apresenta-se a caracterização da história de saúde, gravidez e parto da amostra em estudo. Como se pode observar, não foram encontradas

diferenças entre homens e mulheres ao nível de nenhuma das variáveis analisadas. Para a maioria dos participantes este foi o primeiro filho (Homens: n = 26, 53.1%; Mulheres: n = 43, 68.3%), resultou de uma gravidez planeada (Homens: n = 35, 71.4%; Mulheres: n = 42, 66.7%) que não foi de risco (Homens: n = 36, 73.5%; Mulheres: n = 47, 74.6%) e cujo parto ocorreu por via vaginal (Homens: n = 27, 55.1%; Mulheres: n = 43, 68.3%). Na sua maioria mantinham o relacionamento amoroso com o pai/mãe do bebé (Homens: n = 45, 91.8%; Mulheres: n = 56, 88.9%), com a duração média de 7 a 8 anos (Homens: M = 8.20, DP = 5.55; Mulheres: M = 6.87, DP = 4.88). A maioria dos participantes não tinham diagnóstico de doença física ou psiquiátrica (Homens: n = 47, 95.9%; Mulheres: n = 54, 85.7%) e não faziam tratamento psicológico ou psiquiátrico (Homens: n = 46, 93.9%; Mulheres: n = 56, 88.9%).

Tabela 2.

Diferenças entre sexos para a história de saúde, gravidez e parto

		Sexo masculino		Sexo feminino		t/	P
		(N=49)		(N=63)		χ^2	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Primeiro filho						2.690	.101
Não		23	43.9	20	31.7		
Sim		26	53.1	43	68.3		
Gravidez planeada						.291	.590
Não		14	28.6	21	33.3		
Sim		35	71.4	42	66.7		
Gravidez de risco						.018	.892
Não		36	73.5	47	74.6		
Sim		13	26.5	16	25.4		
Parto						5.545	.236
Cesariana		22	44.9	20	31.7		
Vaginal		sem					
forceps/ventosas		13	26.5	13	20.6		
Vaginal		com		1	1.6		

forceps/ventosas							
Vaginal sem episiotomia	6	12.2	8	12.7			
Vaginal com episiotomia	8	16.3	21	33.3			
Mantem relacionamento amoroso					.270	.603	
Não	4	8.2	7	11.1			
Sim	45	91.8	56	88.9			
Duração da relação (anos)	8.20	5.55	6.87	4.88	1.349	.180	
Diagnóstico doença física ou psiquiátrica					3.240	.072	
Não	47	95.9	54	85.7			
Sim	2	4.1	9	14.3			
Tratamento psicológico ou psiquiátrico					.844	.358	
Não	46	93.9	56	88.9			
Sim	3	6.1	7	11.1			

A Tabela 3 apresenta as frequências e percentagens e as médias e desvios-padrão respeitantes às diferenças entre sexos para as dimensões relativas ao bebé. Como se pode observar, não foram encontradas diferenças entre homens e mulheres ao nível de nenhuma das variáveis analisadas.

Tabela 3.

Diferenças entre sexos para as dimensões relativas ao bebé

			Sexo masculino		Sexo feminino		t/	p
			(N=49)		(N=63)		χ^2	
			<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Idade	gestacional	no						
nascimento (M;DP)			39.15	3.15	38.48	2.42	1.267	.208
Peso	no	nascimento (gr)						
(M;DP)			3256.91	489.21	3076.34	572.84	1.684	.095
Sexo do bebé							.696	.404

Masculino	28	57.1	31	49.2		
Feminino	21	42.9	32	50.8		
Bebé foi hospitalizado					.699	.403
Não	47	95.9	58	92.1		
Sim	2	4.1	5	7.9		
Bebé é amamentado					.010	.922
Não	30	61.2	38	60.3		
Sim	19	38.8	25	39.7		
Durante o dia o bebé está					1.402	.705
Em casa com um dos pais	11	22.4	13	20.6		
Em casa com familiares	8	16.3	16	25.4		
Na creche	25	51.0	29	46.0		
Numa ama	5	10.2	5	7.9		

Procedimento

O presente estudo insere-se no projeto mais alargado denominado “Adaptação de homens e mulheres ao nascimento de um filho: da avaliação á identificação de fatores associados aos indicadores da adaptação ”, aprovado pela Comissão Ética e Deontologia para a Investigação Científica da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa em Janeiro de 2016. Trata-se de um projeto de natureza quantitativa e transversal, dado que é desejado estudar e descrever as relações entre as variáveis num determinado momento (Ribeiro, 1999). A amostra foi selecionada através do método probabilístico de conveniência.

Os dados foram recolhidos entre Abril e Junho de 2016, inclusive, através de questionários de auto-resposta. Para a recolha de dados foram utilizados dois métodos diferentes: 1) divulgação através de plataformas on-line e pelas redes sociais, pela rede de contactos da universidade e dos investigadores e 2) recolha por conveniência em associações e instituições relevantes no âmbito da população alvo em formato de “papel e caneta”. Para ambos os critérios de recolha de dados, os indivíduos foram convidados a participar no estudo, tendo-lhes sido pedido o seu consentimento para o efeito (formulário de consentimento informado), sendo explicado aos participantes os objetivos da investigação, os critérios de

inclusão/exclusão, e o papel dos participantes e investigadores, facultados os seus contactos para eventuais dúvidas ou questões adicionais e salvaguardados o anonimato e a confidencialidade das suas respostas, bem como o carácter voluntário da sua participação.

Instrumentos

Foram construídos protocolos de avaliação constituídos por uma ficha de dados sociodemográficos e clínicos e por questionários de autopreenchimento para avaliar a presença de sintomatologia depressiva e a satisfação com o suporte social:

- Ficha de dados sociodemográficos e clínicos, constituída por questões de resposta aberta e de resposta fechada, teve como objetivo avaliar a informação sociodemográfica dos participantes (e.g., idade, estado civil, habilitações literárias, profissão), e clínica (e.g., gravidez, parto, história médica e reprodutiva e dados relativos ao bebé).

- *Escala de Sintomatologia Depressiva Pós-parto de Edinburgh* (EPDS; Cox, Holden, & Sagovsky, 1987; versão portuguesa: Augusto, Kumar, Calheiros, Matos, & Figueiredo, 1996; versão traduzida para investigação: Figueiredo, 1997): É um questionário de autorresposta com 10 itens, numa escala de resposta tipo Likert, de quatro pontos, de 0 (*não, nunca*) a 3 (*sim, a maioria das vezes*), que avalia a presença e intensidade de sintomas depressivos, na semana que precede ao seu preenchimento. Pontuações mais elevadas correspondem a maiores níveis de sintomatologia depressiva. O estudo psicométrico da versão portuguesa indica que são elevadas a consistência interna (Coeficiente de Split-Half = .84 e Alfa de Cronbach = .85) e a fidelidade testere teste ($r = .75$) do instrumento (Figueiredo, 1997 cit in Figueiredo & Costa, 2004). No presente estudo, o valor de Alfa de Cronbach obtido foi de .86.

- *Escala de Satisfação com o Apoio Social* (ESSS) (Ribeiro, 1999). Este instrumento permite avaliar o grau de satisfação com o apoio social percebido em adultos. É constituído por 15 itens que se distribuem por 4 dimensões. A primeira dimensão designada “satisfação com os amigos”, mede a satisfação com as amizades/ amigos que tem, e inclui 5 itens; a segunda dimensão composta por 4 itens denomina-se de “intimidade” e avalia a perceção da existência de apoio

social íntimo. O terceiro fator designado de “satisfação com a família” mede a satisfação com o apoio familiar existente e inclui 3 itens. O último fator é referente às “atividades sociais”, avaliando a satisfação com as atividades sociais que realiza, incluindo itens. O sujeito deve responder ao questionário, assinalando qual o grau em que concorda com a afirmação que lhe é apresentada, de acordo com uma escala tipo Likert de 5 pontos, que varia desde “concordo totalmente” a “discordo totalmente”. Na cotação da escala, pelo somatório dos itens de cada subescala obtém-se o score correspondente. O somatório dos 15 itens produz um score total de satisfação com o suporte social. Quanto mais elevados os valores, maior satisfação com o suporte social percebido.

Na presente amostra, todas as dimensões e o Score-total da escala apresentam valores de consistência interna adequados, que variaram entre .72 (Intimidade) e o .89 (Total da Satisfação com o suporte social).

Análises Estatísticas

Após a passagem dos dados para base de dados, recorreu-se ao software estatístico Statistical Package for the Social Sciences, versão 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) para realizar as análises estatísticas.

Foram apresentadas estatísticas descritivas (média, desvio-padrão, frequências e percentagens) para fins de caracterização da amostra.

Para estudar as diferenças entre dois grupos, relativamente às foi utilizado o teste de Qui-quadrado para as variáveis qualitativas e o teste t de Student para as variáveis quantitativas. Quando estavam presentes mais que dois grupos em comparação, foi utilizado o teste de análise de variância (ANOVA 1 fator) para verificar se existem diferenças ao nível da sintomatologia depressiva. No caso da satisfação com o suporte social foi utilizada a MANOVA, por as dimensões da escala estarem relacionadas entre si.

Com o objetivo de analisar as associações entre as variáveis em estudo, foi usado o coeficiente de correlação de Pearson para as variáveis numéricas, o coeficiente de correlação de Kendall para as variáveis nominais dicotómicas e o coeficiente de correlação de Spearman para as variável numéricas com variáveis ordinais e para controlar o sexo foi utilizada a correlação parcial.

Resultados

Níveis de sintomatologia depressiva e satisfação com suporte social

Para se verificar se existem diferenças entre sexos para a sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social foi utilizado o teste t de Student para duas amostras independentes e a MANOVA. A Tabela 4 mostra os resultados obtidos. Como se pode observar, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre nenhuma das variáveis analisadas.

Tabela 4.

Diferenças entre sexos para a Sintomatologia depressiva e Satisfação com o suporte social

	Sexo masculino (N=49)		Sexo feminino (N=63)		t/ F	p
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Sintomatologia depressiva	5.71	4.29	6.86	8.05	-1.268	.208
Satisfação com o suporte social: dimensões					1.154	.335
Satisfação com os amigos	17.88	4.11	18.48	3.63		
Intimidade	15.25	3.76	15.44	3.50		
Satisfação com a família	11.98	2.66	11.78	2.57		
Atividades sociais	9.25	2.66	11.78	2.57		
Satisfação com o suporte social: Total	54.35	11.05	54.40	10.35	-.025	.980

Para verificar a existência de diferenças no nível de sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social entre homens e mulheres que foram pais pela primeira vez e aqueles que já tinham filhos foi usado o teste t de Student para duas amostras independentes e a MANOVA, para o total da amostra, para os homens e para as mulheres. As Tabelas 5 a 7 mostram os resultados alcançados.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre participantes que foram pais pela primeira vez e aqueles que já tinham filhos para a Sintomatologia depressiva e Satisfação com o suporte social.

Tabela 5.

Diferenças no nível de sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social entre participantes que foram pais pela primeira vez e aqueles que já tinham filhos

	Primeiro filho (N=43)		Segundo filho ou seguintes (N=69)		t/ F	p
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Sintomatologia depressiva	6.09	4.49	6.52	4.92	-.634	.644
Satisfação com o suporte social: dimensões					.770	.547
Satisfação com os amigos	18.07	3.89	18.30	3.84		
Intimidade	15.14	3.67	15.49	3.58		
Satisfação com a família	12.05	2.84	11.75	2.45		
Atividades sociais	8.51	2.93	9.20	3.05		
Satisfação com o suporte social: Total	53.77	10.76	54.75	10.59	.476	.635

Relativamente ao sexo masculino, a Tabela 6 mostra que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre homens que foram pais pela primeira vez e aqueles que já tinham filhos para a as atividades sociais, sendo menor a satisfação com as atividades sociais no caso do primeiro filho.

Tabela 6.

Diferenças no nível de sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social entre homens que foram pais pela primeira vez e aqueles que já tinham filhos

	Primeiro filho (N=23)		Segundo filho ou seguintes (N=26)		t/ F	p

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Sintomatologia depressiva	5.74	4.79	5.69	3.89	.038	.970
Satisfação com o suporte social: dimensões					1.085	.376
Satisfação com os amigos	17.04	3.97	18.62	4.17		
Intimidade	14.48	3.98	15.92	3.50		
Satisfação com a família	11.52	2.76	12.38	2.55		
Atividades sociais	8.30	2.85	10.08	3.05		
Satisfação com o suporte social: Total	51.35	10.70	57.00	10.87	-1.829	.074

No caso do sexo feminino, como se pode observar pela Tabela 7, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no nível de Sintomatologia depressiva e Satisfação com o suporte social entre mulheres que foram mães pela primeira vez e aquelas que já tinham filhos.

Tabela 7.

Diferenças no nível de sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social entre mulheres que foram mães pela primeira vez e aquelas que já tinham filhos

	Primeiro filho (N=20)		Segundo filho ou seguintes (N=43)		t	p
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Sintomatologia depressiva	6.50	4.20	7.02	5.44	.380	.705
Satisfação com o suporte social					1.119	.356
Satisfação com os amigos	19.25	3.52	18.12	3.67		
Intimidade	15.90	3.23	15.23	3.64		
Satisfação com a família	12.65	2.89	11.37	2.33		
Atividades sociais	8.75	3.08	8.67	2.96		
Total	56.55	10.40	53.40	10.30	1.128	.264

Associação entre satisfação com o suporte social e sintomatologia depressiva

A Tabela 8 apresenta os resultados relativos à análise das associações entre sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social. Como é possível observar na tabela, a dimensão sintomatologia depressiva correlacionou-se de forma negativa e estatisticamente significativa com todas as dimensões da satisfação com o suporte social, bem como com o score total, com valores de correlação que variam entre $r = -.26$; $p = .006$ (satisfação com a família) e $r = -.41$; $p < .001$ (total): quanto maior é a satisfação com o suporte social menos sintomas depressivos estão presentes.

Tabela 8.

Correlações entre sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social

	Satisfação com o suporte social				
	Satisfação com os amigos	Intimidade	Satisfação com a família	Atividades sociais	Total
Sintomatologia depressiva	-.34***	-.33***	-.26**	-.38***	-.41***
Satisfação com o suporte social					
Satisfação com os amigos		.67***	.63***	.56***	.90***
Intimidade			.49***	.42***	.82***
Satisfação com a família				.43***	.76***
Atividades sociais					.74***

** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Com o intuito de verificar se o sexo tem impacto nas correlações antes apresentadas, foram realizadas análises de correlação parcial controlando a variável sexo. Os resultados antes apresentados mantiveram-se inalterados.

Sintomatologia depressiva, satisfação com o suporte social e variáveis sociodemográficas

A Tabela 9 apresenta os resultados obtidos nas análises da associação entre sintomatologia depressiva, satisfação com o suporte social e as variáveis sociodemográficas.

Como se pode observar foi encontrada uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre escolaridade e a sintomatologia depressiva ($r = -.31$; $p = .001$) e para as atividades sociais e a idade do filho mais velho ($r = -.24$; $p = .010$). Os resultados mostram que quanto maior é a escolaridade menos sintomatologia depressiva é sentida e quanto maior é a idade do filho mais velho menor é a perceção de satisfação com as atividades sociais.

Tabela 9.

Correlações entre sintomatologia depressiva, satisfação com o suporte social e variáveis sociodemográficas

	Sintomatologia Depressiva	Satisfação com o suporte social				
		Satisfação com os amigos	Intimidade	Satisfação com a família	Atividades sociais	Total
Idade	-.01	-.03	.08	-.07	-.09	-.03
Escolaridade	-.31***	.01	.11	.04	.11	.08
Número de filhos	-.03	-.01	-.03	.06	-.12	-.03
Idade filho mais velho	.06	-.07	-.17	-.07	-.24**	-.17
Idade filho mais novo	-.01	-.12	.09	-.04	.09	-.06

Rendimento líquido mensal do agregado familiar	-.15	-.01	.10	.03	-.02	.04
Sexo (0 – Masculino; 1 – Feminino)	.08	.06	.02	-.03	-.08	
Religião (0 – não; 1 – sim)	.03	.06	.02	.14	-.02	.06

** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Ao analisar as diferenças em função do estado civil para a satisfação com o suporte social e sintomatologia depressiva foram agrupados os participantes solteiros ($n=18$) e divorciados/separados ($n=4$), sendo os resultados obtidos apresentados na Tabela 10. Como se pode observar, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os estados civis para as dimensões da satisfação com o suporte social e para o total da Satisfação com o suporte social. Os resultados mostraram que os participantes casados ou em união de facto apresentam valores superiores aos restantes ao nível destas dimensões.

Tabela 10.

Diferenças entre estados civis e para a sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social

	Estado civil					
	Solteiro ou		Casado/União de		t/	p
	Divorciado/Separado		facto		F	
	(N=22)		(N=90)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Sintomatologia depressiva	7.82	4.56	6.00	4.75	1.623	.108

Satisfação com o suporte social: dimensões					3.742	.007
Satisfação com os amigos	16.86	3.97	18.54	3.76		
Intimidade	13.41	4.73	15.83	3.12		
Satisfação com a família	10.36	3.32	12.23	2.26		
Atividades sociais	7.68	3.34	9.24	2.86		
Satisfação com o suporte social: Total	48.32	11.46	55.86	9.91	-3.099	.002

As análises das diferenças ao nível da sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social em função da situação profissional são exibidos na Tabela 11.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as situações profissionais ao nível da sintomatologia depressiva. Para verificar entre que grupos existem diferenças estatisticamente significativas foi realizada uma análise Post Hoc pelo método de Tukey. Os resultados mostram que a sintomatologia depressiva é superior nos participantes desempregados, comparativamente aos com trabalho em tempo integral.

Tabela 11.

Diferenças entre situações profissionais para a Sintomatologia depressiva e Satisfação com o suporte social

	Situação profissional						F	p
	Estudante, Trabalhador estudante e em tempo parcial (N=11)		Trabalhador em tempo integral (N=89)		Desem- pregado (N=11)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Sintomatologia depressiva	8.64	3.41	5.54	4.50	9.91	5.24	6.341	.002
Satisfação com o suporte social: dimensões							1.656	.111

Satisfação com os amigos	18.64	2.69	18.37	3.97	16.55	3.83		
Intimidade	14.18	4.29	15.64	3.48	14.36	3.65		
Satisfação com a família	11.18	2.09	11.90	2.72	12.45	2.02		
Atividades sociais	8.55	2.42	9.12	3.11	7.82	2.71		
Satisfação com o suporte social: Total	52.55	8.35	55.03	11.10	51.18	8.84	.822	.442

Sintomatologia depressiva, satisfação com o suporte social e variáveis da história de saúde, gravidez e parto

Os resultados referentes às diferenças ao nível da sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social em função do tipo de parto não revelaram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 12.

Diferenças entre tipo de parto para a sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social

	Parto				t/ F	p
	Cesariana (N=42)		Vaginal (N=26)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Sintomatologia depressiva	6.41	4.56	6.33	4.88	.082	.935
Satisfação com o suporte social: dimensões					.679	.608
Satisfação com os amigos	18.26	3.60	18.19	4.00		

Intimidade	15.81	3.01	15.09	3.01		
Satisfação com a família	12.17	2.00	11.69	2.90		
Atividades sociais	9.12	3.28	8.83	2.85		
Satisfação com o suporte social:	55.36	9.29	53.79	11.36	.796	.428
Total						

A Tabela 13 apresenta os resultados obtidos nas análises da associação entre sintomatologia depressiva, satisfação com o suporte social e variáveis da história de saúde, gravidez e parto.

Como se pode verificar a satisfação com os amigos correlacionou-se de forma negativa e estatisticamente significativa com as variáveis Já teve diagnóstico de doença física ou psiquiátrica e Tem ou teve acompanhamento psicológico ou psiquiátrico com coeficientes de correlação de $r_k = -.22$; $p = .007$ e $r_k = -.24$; $p = .004$, respetivamente, sendo que os participantes com uma menor perceção de satisfação com os amigos são os que responderam afirmativamente às questões Já teve diagnóstico de doença física ou psiquiátrica e Tem ou teve acompanhamento psicológico ou psiquiátrico.

A dimensão intimidade correlacionou-se de forma negativa e estatisticamente significativa com a dimensão Já teve diagnóstico de doença física ou psiquiátrica ($r_k = -.18$; $p = .027$). Os resultados mostram que os participantes que responderam afirmativamente à questão Já teve diagnóstico de doença física ou psiquiátrica apresentam menor perceção de satisfação com a intimidade.

A dimensão satisfação com a família correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a dimensão Mantém relacionamento amoroso ($r_k = .23$; $p = .005$). Os resultados mostram que os participantes que responderam afirmativamente à questão Mantém relacionamento amoroso apresentam maior perceção de satisfação com a família.

A dimensão atividades sociais correlacionou-se de forma negativa e estatisticamente significativa com a dimensão Tem ou teve acompanhamento psicológico ou psiquiátrico ($r_k = -.23$; $p = .004$). Os resultados mostram que os

participantes que responderam afirmativamente à questão Tem ou teve acompanhamento psicológico ou psiquiátrico apresentam menor perceção de satisfação com as atividades sociais.

O total da satisfação com o suporte social correlacionou-se de forma negativa e estatisticamente significativa com as dimensões Já teve diagnóstico de doença física ou psiquiátrica e Tem ou teve acompanhamento psicológico ou psiquiátrico com valores de correlação de $r_k = -.21$; $p = .008$ e $r_k = -.20$; $p = .010$, respetivamente. Os resultados mostram que os participantes que responderam afirmativamente às questões Já teve diagnóstico de doença física ou psiquiátrica e Tem ou teve acompanhamento psicológico ou psiquiátrico apresentam menor perceção de satisfação total com o suporte social.

Tabela 13.

Correlações entre sintomatologia depressiva, satisfação com o suporte social e variáveis da história de saúde, gravidez e parto

	Sintomatologia	Satisfação com o suporte social				Total
	depressiva	Satisfação com os amigos	Intimidades	Satisfação com a família	Atividades sociais	
Primeiro filho (0 – não; 1 – sim)	.03	.03	.04	-.07	.09	.03
Gravidez planeada (0 – não; 1 – sim)	-.09	.04	.14	.15	.07	.12
Gravidez de risco (0 – não; 1 – sim)	.03	-.03	.05	.04	-.05	.01
Mantém relacionamento amoroso (0 – não; 1 – sim)	-.01	.07	.06	.23**	.05	.12
Duração da relação	.09	-.15	.07	-.09	-.10	-.04

Tem ou teve diagnóstico de doença física ou psiquiátrica (0 – não; 1 – sim)	.09	-.22**	-.18*	-.13	-.16	-.21**
Tem ou teve acompanhamento psicológico ou psiquiátrico (0 – não; 1 – sim)	.12	-.23**	-.09	-.13	-.23**	-.20**

** $p \leq .01$.

Sintomatologia depressiva, satisfação com o suporte social e variáveis relativas ao bebé

Os resultados referentes às diferenças da sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social em função do local onde o bebé fica durante o dia são exibidos na Tabela 14. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões analisadas.

Tabela 14.

Diferenças entre onde fica o bebé durante o dia para a sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social

	Onde fica o bebé durante o dia								F	p
	Casa com um dos pais (N=24)		Casa com familiares (N=24)		Creche (N=54)		Ama (N=10)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Sintomatologia depressiva	5.50	4.42	6.08	4.75	6.94	5.06	5.90	3.84	.588	.624
Satisfação com o suporte social:									.830	.069

dimensões

Satisfação com os amigos	18.08	3.66	19.46	2.84	17.94	4.08	17.00	4.81		
Intimidade	16.00	2.67	15.58	3.91	15.19	3.71	14.20	4.34		
Satisfação com a família	12.50	2.48	12.67	1.99	11.50	2.73	10.40	2.72		
Atividades sociais	8.33	2.70	8.92	3.15	9.43	2.99	7.80	3.60		
Satisfação com o suporte social: Total	54.92	9.41	56.63	8.78	54.06	11.27	49.40	13.28	1.133	.339

A Tabela 15 apresenta os resultados obtidos da análise da associação entre sintomatologia depressiva, satisfação com o suporte social e variáveis relativas ao bebé. Foi encontrada uma correlação positiva e estatisticamente significativa para a idade gestacional no nascimento e a satisfação com a família ($r = .21$; $p = .030$). Os resultados mostram que quanto maior é a idade gestacional no nascimento maior é a perceção de satisfação com a família.

Tabela 15.

Correlações entre sintomatologia depressiva, satisfação com o suporte social e variáveis relativas ao bebé

	Sintomatologia depressiva	Satisfação com o suporte social				
		Satisfação com os amigos	Intimidades	Satisfação com a família	Atividades sociais	Total
Idade gestacional no nascimento		-.05	.18	.21*	.05	.11
Peso no	.05	-.15	-.13	-.09	-.06	-.13

nascimento						
Sexo bebé (0 – masculino; 1 – feminino)	.07	-.01		-.05	-.07	-.03
Bebé hospitalizado (0 – não; 1 – sim)	-.06		-.02	-.01	-.301	.01
Bebé amamentado (0 – não; 1 – sim)		-.14	-.05	-.05	-.12	-.10

* $p \leq .05$.

Discussão

Foi objetivo geral deste estudo explorar a associação entre a satisfação com o apoio social e a sintomatologia depressiva em homens e mulheres após o nascimento de um filho.

De acordo com outros autores que defendem que existe maior sintomatologia depressiva após nascimento de um filho nas mulheres (Bielawska-Batorowicz & Kossakowsk-Petrycka, 2006; Dickie, 1997; Meighan, Davis, Thomas, & Droppelman, 1999; Zerkowicz & Miller, 2001), esperava-se, como primeira hipótese, observar níveis de sintomatologia depressiva superiores em mães relativamente aos pais após o nascimento de um filho. Contudo, na amostra em estudo, não foram encontradas diferenças entre sexos nem para a Sintomatologia depressiva nem para a satisfação com o suporte social, infirmando a nossa hipótese.

Este resultado vai de encontro a outros estudos que também revelam que tanto homens como mulheres podem experienciar níveis de sintomatologia depressiva semelhantes (Cooper & Murray, 1995; Klaus, Kennell, & Klaus, 2000; O'Hara, 1997; Szejer & Stewart, 1997). No fundo, homens e mulheres sentem a parentalidade de modo diferente (Moura-Ramos, 2006; Salmela-Aro, Nurmi, Saisto, & Halmesmaki, 2000), mas é possível que, apesar desse diferenciado possa ter um impacto semelhante entre homens e mulheres ao nível da sintomatologia depressiva experienciada.

Relativamente à nossa segunda hipótese em que se esperava observar níveis de sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social semelhantes entre homens e mulheres que foram pais pela primeira vez e aqueles que já tinham filhos mais velhos, os resultados permitiram confirmar a hipótese.

Na terceira hipótese, tal como defendido na literatura (Costa, 2004; Costa & Ludermir, 2005; Coutinho, Baptista, & Morais, 2002; Monti & Agostini, 2006), os resultados confirmaram a hipótese, de que quanto maior é a satisfação com o suporte social menos sintomas depressivos estão presentes. Portanto, apesar da ausência de literatura, o nosso estudo realça que esta pode ser uma associação relevante também em homens como em mulheres. Este resultado verificou-se para

todas as dimensões do suporte social e não apenas para o score total. Desta forma, o nosso estudo acrescenta informação específica à literatura sobre o tema.

Foi ainda colocado como objetivo específico verificar se os níveis de satisfação com o suporte social se associam com a sintomatologia depressiva de forma diferente em homens e mulheres, tendo os resultados mostrado que o sexo não parece ter um papel relevante na relação entre os dois construtos.

Foi também nosso objetivo verificar se existem diferenças entre homens e mulheres que foram pais pela primeira vez e aqueles que já tinham filhos em termos da sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social. Apenas foram encontradas diferenças no caso dos homens e só para a satisfação com as atividades sociais, mostrando que a satisfação com as atividades sociais é menor no caso do grupo do primeiro filho. Nas restantes variáveis não se verificaram diferenças, sugerindo que o nascimento do primeiro filho ou de filhos subsequentes parecem ter impactos semelhantes ao nível destas variáveis.

Outro objetivo específico deste estudo foi verificar se existiam diferenças ao nível da sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social em função das características sociodemográficas. Os resultados mostraram que os participantes casados ou em união de facto apresentam valores superiores de satisfação com o suporte social total e nas dimensões intimidade, satisfação com a família e atividades sociais comparativamente, com os restantes estados civis no seu conjunto. Os nossos resultados revelam ainda que a Sintomatologia depressiva é superior nos participantes desempregados comparativamente aos com trabalho em tempo integral; que quanto maior é a escolaridade menos sintomatologia depressiva é sentida; e que não há relação entre o rendimento líquido mensal do agregado familiar e a sintomatologia depressiva ou e a satisfação com o suporte social.

Por último, foi nosso objetivo verificar se existiam diferenças ao nível da sintomatologia depressiva e do suporte social em função das dimensões da história de saúde e de características clínicas da gravidez e do bebé.

Nenhuma dimensão da história de saúde e de características clínicas da gravidez e do bebé está associada à sintomatologia depressiva e as dimensões da história de saúde dos participantes associadas à satisfação com o apoio social são a idade gestacional no nascimento, a idade do filho mais velho, se mantém

relacionamento amoroso, se já teve diagnóstico de doença física ou psiquiátrica e se tem ou teve acompanhamento psicológico ou psiquiátrico. Os nossos resultados mostram que quanto maior é a idade gestacional no nascimento, maior é a percepção de satisfação do suporte social com a família e que quanto maior é a idade do filho mais velho, menor é a percepção de satisfação com as atividades sociais. Os participantes que tinham ou já tinham tido diagnóstico de doença física ou psiquiátrica tinham menor percepção de satisfação com os amigos, com a intimidade e menor percepção da satisfação total com o suporte social social. Os participantes que tinham ou já tinham tido anteriormente acompanhamento psicológico ou psiquiátrico apresentaram menor percepção de satisfação com os amigos, de satisfação com as atividades sociais e menor percepção de satisfação total com o suporte social. Os resultados mostraram ainda que os participantes que responderam manter o relacionamento amoroso apresentam maior percepção de satisfação com a família.

Os nossos resultados têm importantes implicações clínicas e científicas. Em termos científicos, foi importante mostrar, tal como também é referido por Piccinini et al. (2007), que existe congruência nos discursos dos homens e mulheres sobre a parentalidade recente, sendo fundamental a percepção de apoio entre o casal, de modo a que possam funcionar como uma equipa para haver melhor adequação num momento do ciclo de vida que é exigente e de risco. Este conhecimento é importante por exemplo, na implementação de projetos de prevenção da depressão após nascimento de um filho. Em termos clínicos, estas conclusões podem também ser muito úteis para o acompanhamento psicológico, tanto de homens como de mulheres, nesta fase do ciclo de vida. Com esse conhecimento, pretendemos também contribuir para o estabelecimento de diretrizes que permitam promover a transição para a parentalidade num contexto de bem-estar, tanto para o homem como para a mulher.

Podem ser apontadas algumas limitações ao presente estudo, tais como a dimensão da amostra ser reduzida e não ser representativa da população e o facto de não se ter incluído participantes a passar por uma gravidez, uma vez que Rojas et al. (2010) afirmam que metade dos casos de sintomatologia depressiva pós-parto podem ser iniciados durante a gravidez ou mesmo antes, usualmente em mulheres sem trabalho remunerado, nos casos de gestações não planeadas, sem

adequado apoio social e com histórico familiar de sintomatologia depressiva. Neste sentido, sugere-se para estudos futuros a replicação deste estudo incluindo também uma amostra de homens e mulheres a passar por uma gravidez, para poder comparar com os pais de filhos recentes.

Referências bibliográficas

- Canavarro, M. C. & Pedrosa, A.A. (2005). Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspetivas teóricas. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 225- 255). Lisboa: Fim de Século.
- Canavarro, M. C. (2001). Psicologia da gravidez e da parentalidade – representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.) *Psicologia da Gravidez e da maternidade*, (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto.
- Carvalho, P. (2006). *Gravidez e Risco Psicopatológico*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica. Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior.
- Collins, N., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., & Scrimshaw, (1993). Social support in pregnancy. Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 1243-1258.
- Costa, R. (2004). *Antecipação e experiência de parto e sintomatologia depressiva após o parto*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Universidade do Minho.
- Costa, R., Pacheco, A., & Figueiredo, B. (2007). Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 4, 157-165.
- 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, 86-93.
- Cowan, C., & Cowan, P. (1995). Interventions to ease the transition to parenthood: why they are needed and what they can do. *Family Relations*, 44, 114-154.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10 - item Edinburgh Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Dunnewold, A. L. (1997). *Evaluation and treatment of postpartum emotional disorders*. Sarasota: Professional Resource Press.

- Figueiredo, B. (2001). *Mães e bebés*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Figueiredo, B. (2004). Psicopatologia da maternidade e paternidade. *Revista do Centro de Estudos Populações e Sociedade*, 11, 79-98.
- Frizzo, G. B.; Piccinini, C. A. (2005). Interacção mãe-bebé em contexto de sintomatologia depressiva materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 10, 4755.
- Hernandez, J. A. E., & Hutz, C. S. (2009). Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. *Revista Psico*, 4, 414-421.
- Mendes, I. M. (2002). *Ligação materno fetal. Contributo para o estudo de factores associados ao seu desenvolvimento*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Mendes, I. M. M. M. D. (2007). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Tese de doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: 97 Porto. Retirado de: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7250/2/DissertaodoutoramentoIsabelMendesAjustamento%20Materno%20e%20Paterno.pdf>
- Moura-Ramos, M., & Canavarro, M. C. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reatividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*, 3, 399-413. Retirado de: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v25n3/v25n3a07.pdf>
- Oliveira, C. M., Pedrosa, A. A. & Canavarro, M. C. (2005). Gravidez, parentalidade e mudança, stress e adaptação nos processos de transição para a parentalidade. In A. Marques Pinto et al. (Eds), *Stress e bem estar* (pp. 59 – 83). Lisboa: Climepsi Editores.
- Piccinini, C. A., Pereira, C. R. R., Marin, A. H., Lopes, R. C. S., & Tudge, J. R. H. (2007). O nascimento do segundo filho e as relações familiares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 3, 253-262.
- Pires, A. S. R. (2008). *Estudo da conjugalidade e da parentalidade através da satisfação conjugal e da aliança parental*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, Universidade de Lisboa.

- Ramos, M. M., Canavarro, M. C., Araújo, A., Oliveira, C., & Monteiro, S. (2005). *A 101 adaptação paterna na transição para a parentalidade*, 2, Retirado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1155531>
- Relvas, A. P., & Lourenço, M. (2001). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: perspetiva sistémica. In M. C. Canavarro (Ed.). *Psicologia da gravidez e maternidade*, (pp. 105-160). Coimbra: Quarteto editora.
- Ribeiro, J. L. P. (1999) Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise psicológica*, 3, 547-558.
- Ruschi, G. E. C., Sun, S. Y., Mattar, R., Filho, A. C., Zandonade, E., & Lima, V. J. (2007). Aspectos epidemiológicos da Sintomatologia depressiva pós-parto em amostra brasileira. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 3, 274-280.
- Soares, H. M. (2008). *O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem*. Tese de Mestrado, Universidade do Porto. Retirado de: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7175/2/Tese%20Mestrado%20Hlia.pdf>

ANEXOS

Anexo 1- Consentimento informado

Quem são os responsáveis pelo estudo?

Este estudo está a ser realizado no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (Lisboa). O projeto é coordenado pelas Professoras Bárbara Nazaré e Raquel Pires.

O que se pretende com este estudo?

O nascimento de um filho comporta mudanças significativas em diversas áreas da vida familiar. Com este estudo, pretendemos conhecer melhor a adaptação de mulheres e homens a esta experiência. Deste modo, poderemos desenvolver ações de prevenção ou intervenção, com o objetivo de apoiar as famílias nesta fase de transição.

Quem pode participar no estudo?

Todas as pessoas com 18 anos ou mais, residentes em Portugal, com pelo menos um filho até aos 24 meses de idade e que saibam ler e escrever fluentemente em Português.

Em que consiste a participação no estudo?

Trata-se de uma participação voluntária, que consiste no preenchimento de um conjunto de questionários sobre diversas áreas da vida (p. e., relação conjugal, relação com o bebé). Esta tarefa terá a duração aproximada de 30 minutos. A participação no estudo não comporta quaisquer riscos ou custos, nem é recompensada monetariamente.

Que direitos têm os participantes?

Os participantes têm o direito de recusar participar no estudo. Caso aceitem participar, poderão desistir do estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificar a sua decisão. A eventual desistência não trará quaisquer consequências negativas.

Como é que os dados recolhidos serão utilizados?

Toda a informação recolhida será anónima e confidencial. Não será recolhida qualquer informação que permita identificar os participantes. Os dados obtidos serão destinados apenas a tratamento estatístico e analisados em grupo.

Como poderei entrar em contacto com as investigadoras?

Através de email: abarbaravn@gmail.com (Bárbara Nazaré) e raquelpires.ulusofona@gmail.com (Raquel Pires). Poderá contactar caso pretenda mais informações sobre o estudo.

_ Sim, aceito participar neste estudo.

Assinatura:

Data: ____ / ____ / ____

Anexo 2- Questionário sociodemográfico e clínico

As suas respostas serão designadas por um código, composto pela **inicial do primeiro e do último nome do(a) seu/sua filho(a) mais novo(a) e a data de nascimento dele(a)**, no formato dia mês ano. Por exemplo, no caso do bebé Vasco Nazaré Pereira, nascido a 17 de dezembro de 2015, o código seria: VP17122015.

Tendo em conta estas instruções, indique o seu código:

Dados sociodemográficos

Sexo: Feminino Masculino

Idade: _____ (anos)

Estado civil: Solteiro(a) Casado(a)/Unido(a) de facto

Viúvo(a) Divorciado(a)/Separado(a)

Nacionalidade: _____

Escolaridade: _____ (anos)

Situação profissional: Estudante

Trabalhador estudante

Trabalhador Tempo inteiro

Tempo parcial

Desempregado

Outro: _____

Localidade de residência: _____

Religião: Não Sim. Qual? _____

Quantas pessoas compõem o seu agregado familiar? _____

Com quem vive? _____

Rendimento líquido mensal do seu agregado familiar:

menos de 583 €/mês de 583 a 1.666 €/mês de 1.666 a 3.333 €/mês

de 3.333 a 6.666 €/mês mais de 6.666 €/mês

Dados relativos à história reprodutiva

Número de filhos: _____

Idade do filho mais velho: _____ ano(s) Idade do filho mais novo: _____
mes(es)

Caso tenha passado (ou a sua companheira) por perdas na gravidez, de que tipo e quantas foram?

Aborto espontâneo. Quantos? _____

Interrupção médica da gravidez (interrupção devida a malformação ou doença grave do bebé). Quantas? _____

Interrupção voluntária da gravidez. Quantas? _____

Caso tenha recebido um diagnóstico de infertilidade, indique:

a) Origem: Masculina

Feminina

Desconhecida

b) Duração da infertilidade: _____ ano(s) _____ meses

c) Número e tipo de tratamentos realizados: _____

Por favor, responda às perguntas que se seguem relativamente ao/à seu/sua
filho(a) mais novo(a).

A gravidez foi planeada? Sim Não

A gravidez foi desejada? Sim Não

A gravidez foi... Espontânea Resultado de técnicas de
reprodução medicamente assistida

Tratou-se de uma gravidez de risco? Não Sim. Porquê?

Durante a gravidez, teve algum problema médico? Não Sim. Qual?

O parto foi: Cesariana

Vaginal Sem fórceps/ventosas Sem episiotomia (corte vaginal)

Com fórceps/ventosas Com episiotomia (corte vaginal)

Sexo do bebé: Masculino Feminino

Idade gestacional na altura do nascimento: _____ semanas

Peso na altura do nascimento: _____ gr

Comprimento na altura do nascimento: _____ cm

Durante a gravidez ou após o nascimento, foi detetado algum problema médico ao
bebé?

Não Sim. Qual? _____

Após o nascimento, o bebé precisou de ser hospitalizado?

Não Sim. Durante quanto tempo e por que
motivo? _____

Atualmente, o bebé é amamentado?

Sim Não. Com que idade o bebé deixou de ser amamentado? _____ meses

Durante o dia, o bebé está: em casa, com um dos pais em casa, com familiares (p.
ex., avós) na creche numa ama

Margarida Sampaio Madahil - Satisfação Com o Apoio Social e Sintomatologia Depressiva em
Homens e Mulheres Após o Nascimento de Um Filho

	Em comparação com a maioria dos bebés...			Esta característica dificulta a sua interação com o bebé?	
	Mais do que os outros bebés	Tanto como os outros bebés	Menos do que os outros bebés	Sim	Não
É calmo					
Chora					
É difícil de acalmar					
Tem dificuldades com a alimentação					
Bolsa ou tem problemas intestinais (cólicas)					
Tem dificuldade em adormecer					
Dorme por períodos prolongados					
Consegue estar atento e alerta ao que o rodeia					
É rabugento					
É fácil de cuidar					

Dados relativos à relação com o/a pai/mãe do(a) seu/sua filho(a) mais novo(a) e sexualidade

Atualmente, mantém um relacionamento amoroso com o/a pai/mãe do(a) seu/sua filho(a) mais novo(a)?

Não. A relação terminou há quanto tempo? _____ meses

Sim. Há quanto tempo mantém esta relação? _____ anos

Retomou a atividade sexual com o/a pai/mãe do(a) seu/sua filho(a) mais novo(a) após o parto?

Não. Indique a principal razão: _____

Sim. Quanto tempo após o parto? _____ semanas

Dados relativos à história médica

Alguma vez recebeu um diagnóstico de disfunção sexual?

Não. Sim. Qual foi o diagnóstico? _____

Há quanto tempo o recebeu? há 6 meses ou menos há mais de 6 meses e até 1 ano

há mais de 1 ano e até 2 anos há mais de 2 anos

O pai/mãe do seu filho mais novo alguma vez recebeu um diagnóstico de disfunção sexual?

Não. Não sei. Sim. Qual foi o diagnóstico? _____

Há quanto tempo o recebeu? há 6 meses ou menos há mais de 6 meses e até 1 ano

há mais de 1 ano e até 2 anos há mais de 2 anos

Alguma vez recebeu um diagnóstico de alguma outra doença física ou psiquiátrica?

Não. Sim. Qual foi o diagnóstico? _____

Há quanto tempo o recebeu? há 6 meses ou menos há mais de 6 meses e até 1 ano

há mais de 1 ano e até 2 anos há mais de 2 anos

Atualmente, faz algum tratamento para alguma das doenças?

Não. Sim. Que tratamentos? _____

Tem, ou já teve, acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?

Não. Sim. Qual e quando? _____

Anexo 3-Instrumento Escala de Sintomatologia depressiva pós-parto

ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO

(Cox, Holden, & Sagovsky, 1987; Figueiredo, 1997)

Por favor, sublinhe a resposta que melhor indica o modo como se tem sentido, nestes últimos 7 dias e não apenas hoje. Veja o exemplo seguinte: *Senti-me feliz*.

Sim, sempre Sim, quase sempre Não, poucas vezes Não, nunca

Isto queria dizer: “Senti-me feliz, quase sempre, durante os últimos 7 dias.”

Por favor, complete do mesmo modo as questões seguintes.

Desde há 7 dias:

1. Tenho sido capaz de me rir e de ver o lado divertido das coisas:

Tanto como dantes	Menos do que antes	Muito menos do que antes	Nunca
-------------------	--------------------	--------------------------	-------

2. Tenho tido esperança no futuro:

Tanto como sempre	Bastante menos do que costumava ter	Muito menos do que costumava ter	Quase nenhuma
-------------------	-------------------------------------	----------------------------------	---------------

3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal:

Sim, a maioria das vezes	Sim, algumas vezes	Raramente	Não, nunca
--------------------------	--------------------	-----------	------------

4. Tenho estado ansiosa(o) ou preocupada(o) sem motivo:

Não, nunca	Quase nunca	Sim, por vezes	Sim, muitas vezes
------------	-------------	----------------	-------------------

5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada(o) sem grande motivo:

Sim, muitas vezes	Sim, por vezes	Não, raramente	Não, nunca
-------------------	----------------	----------------	------------

6. Tenho sentido que são coisas demais para mim:

Sim, a maioria das vezes não tenho conseguido resolvê-las	Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como dantes	Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente	Não, resolvo-as tão bem como dantes
---	---	--	-------------------------------------

7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal:

Sim, quase sempre	Sim, por vezes	Raramente	Não, nunca
-------------------	----------------	-----------	------------

8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz:

Sim, quase sempre	Sim, muitas vezes	Raramente	Não, nunca
-------------------	-------------------	-----------	------------

9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro:

Sim, quase sempre	Sim, muitas vezes	Só às vezes	Não, nunca
-------------------	-------------------	-------------	------------

10. Tive ideia de fazer mal a mim mesma(o):

Sim, muitas vezes	Por vezes	Muito raramente	Não, nunca
-------------------	-----------	-----------------	------------

Anexo 4- Instrumento Escala de Satisfação com o Suporte Social

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (Pais-Ribeiro, 1999)

A seguir, vai encontrar várias afirmações seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se pensa quase sempre que, por vezes, se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra A. Se acha que nunca pensa isso, deverá marcar a letra E.

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